



# Syndrome d'Asperger et école ordinaire : rôle de l'ergothérapeute sur l'inclusion scolaire de l'enfant

Tiphaine Blanck

## ► To cite this version:

Tiphaine Blanck. Syndrome d'Asperger et école ordinaire : rôle de l'ergothérapeute sur l'inclusion scolaire de l'enfant. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01219434

**HAL Id: dumas-01219434**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01219434>**

Submitted on 22 Oct 2015

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives| 4.0 International License

# **INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE**

Tiphaine BLANCK

UE 6.5 Méthode d'initiation à la  
recherche

Le 1<sup>er</sup> Juin 2015

Syndrome d'Asperger et école ordinaire : rôle  
de l'ergothérapeute sur l'inclusion scolaire de  
l'enfant



# Remerciements

Je tiens à remercier Jean-Claude Martin, mon maître de mémoire, qui a su, jusqu'au dernier moment, être disponible pour moi, pour ses bons conseils et pour ses encouragements.

Je remercie aussi Mylène Grisoni qui, malgré un emploi du temps surchargé, a toujours su être à l'écoute et rassurer l'ensemble de ma promotion et moi-même.

Je remercie aussi l'IUFE d'Auvergne, formateurs comme étudiants, pour avoir su m'épauler tout au long de ces trois années.

Je remercie les ergothérapeutes qui ont pris sur leur temps pour m'accorder des entretiens et qui ont contribué à mon étude. D'ailleurs, je remercie aussi les autres professionnels qui ont répondu à mes questions préalables et qui ont partagé leur carnet d'adresses.

Je tiens aussi à remercier mes proches, pour les lectures et relectures de mon travail, ainsi que pour leur sourire et leur soutien précieux.

Enfin, je tiens à remercier Monsieur Josef Schovanec, auteur et militant associatif, qui m'a donnée envie de choisir le syndrome d'Asperger comme sujet de mon travail de fin d'études.

# **SOMMAIRE**

INTRODUCTION .....	2
PROBLEMATIQUE PRATIQUE.....	3
I. Le syndrome d'Asperger .....	3
II. Syndrome d'Asperger et milieu scolaire .....	13
III. L'ergothérapie dans le cadre de l'accompagnement d'une personne avec Asperger 20	
IV. Question de recherche .....	25
PROBLEMATIQUE THEORIQUE .....	26
I. Modèle systémique .....	26
II. Théories de l'apprentissage .....	29
III. Modèle de l'Occupation humaine (MOH) .....	36
METHODOLOGIE .....	40
RESULTATS .....	44
DISCUSSION.....	49
CONCLUSION .....	60
BIBLIOGRAPHIE .....	61
ANNEXES	

# INTRODUCTION

Aujourd'hui, le syndrome d'Asperger est davantage connu pour les facilités intellectuelles qu'il engendre que pour la source de handicap qu'il génère. Suite à la condamnation de la France par le conseil de l'Europe pour « discrimination directe » des enfants autistes, la prise en charge de cette population est en pleine évolution. De nouvelles techniques de soins sont développées et des structures d'accueil sont érigées.

Futurs ergothérapeutes, nos instituts de formation nous enseignent la psychopathologie de ces syndromes autistiques, ainsi que les différents soins qui leur sont proposés. Toutefois, lors de la présentation du syndrome d'Asperger, j'ai pu constater que nos possibilités d'intervention étaient peu identifiées au regard des autres formes d'autisme.

Interpellée, j'ai réalisé de brèves recherches sur la prise en charge de ce public par des ergothérapeutes en France, et relativement peu d'articles exposent spécifiquement nos possibilités d'exercice. Pourtant, différents témoignages de personnes avec Asperger renferment une demande d'accompagnement pour la réalisation d'activités de la vie quotidienne, dont l'inexécution a un réel impact sur leur qualité de vie.

Les premières difficultés, essentiellement liées aux relations sociales, ont été perçues par les personnes comme se manifestant au début de leur scolarité. Ainsi, ma question d'étude est « Chez un enfant Asperger, en quoi l'ergothérapie pourrait développer les capacités sociales nécessaires à l'intégration scolaire ? ».

Dans le but de répondre à cette problématique, mon étude s'organisera en trois axes. Dans un premier temps, je développerai les points essentiels abordés dans ma question de recherche, c'est-à-dire le syndrome d'Asperger et sa psychopathologie, les difficultés de ce public liées à la scolarité, et le cadre d'exercice de l'ergothérapeute, notamment dans l'accompagnement d'une personne avec Asperger.

Dans un second temps, j'introduirai les différents modèles et concepts théoriques qui serviront de support à une application pratique. Enfin, je présenterai les résultats de mes recherches et les analyserai en lien avec mes problématiques pratique et théorique.

## PROBLEMATIQUE PRATIQUE

### **I. Le syndrome d'Asperger**

#### **1. Définition**

Le syndrome d'Asperger est un trouble envahissant du développement (TED). A travers les différentes classifications, la définition de ces troubles a nettement évolué au cours de ces dernières décennies. Ceci est dû à une hétérogénéité des symptômes qui ne permet pas de déterminer le « profil type » d'une personne atteinte de TED.

Aujourd'hui, la Haute Autorité de Santé (HAS) utilise CIM -10<sup>1</sup> et le DSM IV-TR<sup>2</sup> comme outils pour tenter de définir le syndrome d'Asperger. La combinaison des deux rapports permet de s'accorder sur l'existence d'une altération qualitative, envahissante et prolongée des interactions sociales réciproques, ainsi que de la communication. Ils décrivent aussi des comportements, des intérêts et des activités restreints et stéréotypés. Cette symptomatologie apparaît communément au cours des premières années de vie (rapport HAS, 2010).

Ce qui permet de distinguer spécifiquement le syndrome d'Asperger des autres TED (Annexe I) est le maintien d'un niveau intellectuel élevé qui toutefois ne permet pas de compenser les difficultés sur le plan social et relationnel. Par ailleurs, bien que dans les premières années de vie le syndrome soit déjà présent, on n'observe ni retard cognitif significatif ni trouble du langage.

#### **2. Etiologie**

Selon le centre autisme France, le syndrome d'Asperger est un trouble neurologique du spectre autistique dont l'étiologie est encore mal définie. Son expression ne découle pas d'une seule et unique source, mais de l'exposition à différents facteurs dit « prédisposants ». Sous forme hypothétique, les recherches récentes ont mis en exergue deux d'entre eux qui sont le facteur génétique et le facteur neuro-anatomique.

---

<sup>1</sup> Classification internationale des maladies – 10<sup>ème</sup> édition

<sup>2</sup> Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – 4<sup>ème</sup> édition, texte révisé

### **a) Facteur génétique**

La transmission génétique du syndrome d'Asperger est une hypothèse étiologique actuelle qui n'a pas été démontrée. Toutefois, des études portant sur les fratries ont mis en évidence une vulnérabilité deux fois plus importante de développer le syndrome lorsqu'un membre de la famille est touché [9].

Aucun gène n'a été spécifiquement identifié comme étant responsable de l'expression des symptômes. Toutefois, la possibilité d'une influence polygénique est une théorie qui n'est pas négligeable [3].

### **b) Facteur neuro-anatomique**

En 1965, la création de l'électroencéphalogramme a permis de mettre en évidence des anomalies cérébrales chez les enfants souffrant d'autisme. Depuis, plusieurs études plus récentes ont été consacrées à cette hypothèse [15]. Ces anomalies seraient localisées au niveau des aires et circuits cérébraux qui contrôlent les rapports affectifs, les aptitudes empathiques et l'interaction sociale réciproque. Elles induiraient une altération de la transmission des informations perceptives au sein des aires sensorielles associatives qui influent sur :

- le traitement des émotions et la motivation
- l'intégration sensorimotrice
- la compréhension du sens des actions de l'autre (théorie de l'esprit)
- l'empathie
- les fonctions exécutives de plus haut niveau (jugement, raisonnement ...) [10].

Il est donc possible que ces anomalies soient à l'origine de l'inadaptation sociale, des difficultés sur le plan praxique, et des troubles des fonctions exécutives.

De la même façon que les hypothèses génétiques, ce facteur neuro-anatomique n'agirait pas de façon isolée mais combinée à d'autres facteurs prédisposant.

### **c) Autres hypothèses**

Quant à la manifestation du syndrome d'Asperger, bien que les théories génétiques et neuro-anatomiques soient les hypothèses étiologiques principales, d'autres présomptions subsistent.



- Les facteurs biologiques et environnementaux intervenant à un stade précoce du développement :

Cette théorie reprend l'idée d'une atteinte cérébrale dont l'origine ne serait pas neuro-développementale mais résultant d'un trouble causé par environnement (exposition précoce à des virus, à des substances dangereuses ...).

- La théorie psychanalytique :

Des interactions inadéquates entre la mère et l'enfant ont été soupçonnés comme étant la cause de l'autisme. Ce dernier résulterait de mécanismes de défense élaborés pour faire front aux « *déséquilibres relationnels* » (Bruno Bettelheim, 1950).

Toutefois, comme l'a dit Kanner (1943) repris par Lazartigue [4], « *Il est difficile d'attribuer la totalité du tableau clinique aux types de relations précoces des parents avec leurs enfants* ». La théorie psychanalytique est donc remise en cause, du moins en tant qu'origine unique du développement du syndrome.

### **3. Symptomatologie**

Dans les années 1920, les premiers symptômes du syndrome d'Asperger ont été décrits pour la première fois par Eva Sysharewa (neurologue) qui faisait référence à une personnalité schizoïde de l'enfance.

Ce n'est qu'en 1943 que Hans Asperger, psychologue, a identifié ces troubles comme un syndrome à part entière, qu'il appelait à l'époque « *autisme infantile précoce* ». Le premier symptôme qu'il évoqua fut le manque d'empathie. A la même époque, Léo Kanner (psychiatre) décrivait les mêmes signes cliniques qu'il apparentait à l'autisme. En 1981 que ces travaux furent réactualisés par Lorna Wing qui rebaptise ces troubles en tant que « Syndrome d'Asperger » [4].

La symptomatologie de ce syndrome a donc une longue histoire et plusieurs versions en constante évolution. Je m'attacherai donc à détailler ceux qui sont évoqués dans le DSM-IV TR (Annexe II) et décrits par la HAS.

- Anomalie qualitative de l'interaction sociale

L'interaction sociale avec les pairs est perturbée, qu'il s'agisse d'une inadaptation des propos, ou d'un comportement non verbal inadéquat. Les personnes sont donc dans

l'incapacité de développer des rapports sociaux appropriés et adaptés à leur âge : elles ne cherchent pas à partager des activités et ont peu d'intérêt pour les émotions ou les actes des autres. On peut parler de retrait autistique, d'une absence de recherche de contact avec les autres, surtout en période de petite enfance [4].

- Comportements, intérêts et activités restreints

Les personnes avec Asperger adoptent un comportement qu'on peut définir comme « stéréotypé ». Ils ont des centres d'intérêts qui sont atypiques, restreints et qui occupent souvent toutes leurs pensées. En plus de ces « *passions* » qu'évoque très bien Josef Schovanec [7], cette population présente des routines / rituels et des maniérismes (moteurs et verbaux) qu'ils doivent réitérer constamment, toujours comme un stéréotype, un tic. Kanner (1943), encore repris par [4], appelle l'ensemble de ce trouble « l'immuabilité ».

- Anomalie dans le fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants

Bien que l'intelligence ne soit pas affectée par le syndrome, les personnes Asperger présentent des troubles qui affectent les fonctionnements sociaux, professionnels, sentimentaux (...), ce qui altère considérablement leur qualité de vie. Ces troubles résultent souvent des inadaptations sociales, du manque de réciprocité et d'empathie qui rendent difficile la création de liens durables.

- Absence de retard significatif dans le développement des capacités cognitives et du langage

Lorsque ces compétences n'interfèrent pas avec la vie sociale et relationnelle, les personnes avec Asperger montrent des capacités identiques à la normale, voire supérieures. Toutefois, certaines structures de phrases peuvent être stéréotypées, ce qui donne une allure prétentieuse et suffisante à leurs discours [4].

- Maladresse motrice associée, dyspraxie

Chez les enfants, ce sont des maladresses très importantes (démarche, performances) et les troubles de la coordination qui conduisent généralement les parents à consulter un médecin. Par ailleurs, on observe souvent une dyspraxie qui persiste lors de la réalisation des activités de la vie quotidienne à l'âge adulte [4].

- Absence de retard cognitif et de langage lorsqu'il n'est pas en lien avec des relations sociales

Ce point permet de faire un diagnostic différentiel avec l'autisme (Lorna Wing, 1980). L'autonomie, les comportements d'adaptations et les capacités cognitives sont donc maintenus lorsqu'ils n'interfèrent pas avec une interaction sociale [4].

- Différenciation de la schizophrénie

Les symptômes doivent être distingués de ceux d'un trouble envahissant du développement et de la schizophrénie.

- Troubles associés

Sont fréquemment associés : un déficit de l'attention / hyperactivité, des troubles de l'humeur (anxiété, dépression), des troubles du comportement (arrogance, violence), des fonctions exécutives [16], et de l'alimentation. Lorna Wing (1980) décrit une triade symptomatique dans laquelle, en plus des déficiences sociales et communicatives, elle joint une imagination ludique restreinte.

#### **4. Le diagnostic**

Les études de l'HAS ont démontré que les Asperger qui ont été pris en charge précocement montrent, à l'âge adulte, une augmentation de l'indépendance, de l'autonomie et de l'intégration sociale, ainsi qu'une diminution des troubles secondaires associés. C'est pour cette raison que les démarches et techniques de diagnostic se sont multipliées au cours des dernières années : des systèmes d'évaluations adaptés ont été créés et les professionnels qui travaillent auprès des enfants sont sensibilisés aux différentes pathologies qu'ils peuvent rencontrer.

##### **a) Une difficulté d'établir le diagnostic qui influe sur la prévalence**

La prévalence du syndrome d'Asperger est une donnée qui varie énormément avec le temps, mais aussi suivant les sources utilisées.

Selon un référentiel de l'HAS (2009) (Annexe III), cette dernière serait estimée à 6 pour 10 000. Toutefois, on observe que la tendance des diagnostics tend à augmenter, voire à doubler tous les quatre ans.

De plus, Tony Atwood a étudié l'évolution de cette prévalence selon les critères diagnostics utilisés (CIM-10 ou DSM-IV TR). Il observe alors une oscillation des résultats entre 1/1200 et 1/32000. Il a donc mis en évidence le fait que la multiplicité des référentiels diagnostics est un obstacle à l'établissement d'une mesure fixe et fiable [1]. Coupechoux (2004) fait part d'un retard français considérable dans le domaine du diagnostic [2].

Par ailleurs, d'autres obstacles font front à l'élaboration d'un diagnostic efficace. On estime que seulement 50% des personnes avec Asperger seraient diagnostiquées. Les raisons apparentes seraient [1] :

- une symptomatologie qui ne correspond pas intégralement aux critères diagnostics
- des troubles qui peuvent être longtemps compensés par les capacités intellectuelles
- les individus qui tentent de dissimuler les troubles : « *J'ai toujours eu honte de qui j'étais, donc je ne disais jamais la vérité sur ce qui m'embarrassait* » (La Salle, 2003).

#### **b) Conditions de l'établissement d'un diagnostic en France**

Etablir un diagnostic précocement permet de mettre en place une prise en charge qui traite, mais aussi qui prévient les difficultés de l'enfant Asperger. Ce critère d'intervention, défini par la HAS, est l'un des supports qui permet d'émettre un pronostic favorable à l'évolution des troubles. Actuellement, l'âge moyen de diagnostic est de neuf ans, mais les premiers symptômes apparaissent généralement vers trois ans environ [1].

Les centres ressource autisme (CRA) sont les principales structures qui permettent de poser le diagnostic. Ces centres ont été créés en 1999 à titre expérimental pour soutenir les personnes atteintes d'autisme. Ils ont donc une fonction d'information, de conseil des patients, de leurs familles et des professionnels, permettant un accès à la documentation, et réalisent les différentes évaluations. Depuis le 8 mars 2005, suite à la circulaire interministérielle, ces derniers ont été mis en place au titre d'un établissement par région.

La pose du diagnostic est essentielle pour que la personne Asperger soit accompagnée dans de bonnes conditions et ne se sente pas aliénée. Ce sentiment peut accroître l'apparition de troubles secondaires, tels l'anxiété, la dépression ou des comportements inadaptés / violents par exemple. Le soutien des professionnels vont alors conduire à un

développement plus adapté de la personne qui pourra accéder à une qualité de vie proche de la normale.

## **5. La prise en charge actuelle**

Avant les années 1990, la prise en charge des personnes présentant un trouble autistique était très limitée, voire inexistante. C'est grâce à la pression exercée par les familles et les associations, ainsi qu'à l'évolution des connaissances médicales, que des progrès ont été réalisés en ce sens.

### **a) « Progrès » législatifs**

Selon AFG autisme, c'est en 1996 que l'autisme a été reconnu comme handicap par la loi « Chossy<sup>3</sup> ». En décembre de la même année, des structures adaptées à la spécificité du handicap ont été édifiées. Le 10 avril 1998 est parue une circulaire relative à la formation du personnel prenant en charge cette population. Depuis, différents « Plans autisme » ont été mis en place par le gouvernement français.

Le premier (2005 – 2007) a eu pour but de rendre accessibles des établissements adaptés, de créer les CRA sur le plan régional et de développer les mesures de dépistage. Il découle d'une obligation légale définie par la loi du 11 février 2005 *« pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées »*. Cette loi a permis d'introniser des droits à la compensation du handicap, à l'emploi et à la non-discrimination, à l'accessibilité, mais aussi à la scolarisation et à l'insertion en milieu ordinaire.

Le second (2008 – 2010) a pour but d'initier des recherches, de diffuser une campagne de sensibilisation du grand public, de former les différents professionnels et d'orienter les familles. Il permet aussi d'améliorer les conditions de diagnostic et de développer les mesures d'accompagnement.

Enfin, le troisième a été lancé le 18 juillet 2012 par la ministre déléguée aux personnes handicapées et doit s'établir sur une période de quatre ans, de 2013 à 2017. Il s'organise autour de cinq grands principes : permettre un diagnostic précoce et un soin

---

<sup>3</sup> Loi du 11 novembre 1996 : *« Toute personne atteinte du handicap résultant du syndrome autistique et des troubles qui lui sont apparentés bénéficient, quel que soit son âge, d'une prise en charge pluridisciplinaire qui tient compte de ses besoins et difficultés spécifiques.*

adapté à chaque période de vie, soutenir les familles, poursuivre les recherches et sensibiliser/former les acteurs (professionnels de santé, travailleurs sociaux, communauté éducative) qui accompagneront les usagers.

Pourtant, malgré toutes ces mesures, la France a été condamnée par le Conseil de l'Europe pour la cinquième fois pour « *discrimination à l'égard des enfants autistes, défaut d'éducation, de scolarisation, et de formation professionnelle* » (Autisme France). En effet, on estime que sur près de 80000 autistes français, 10000 seraient pris en charge. Le développement des conditions de soin étant plus axé sur l'accompagnement des autistes dits « profonds », ces chiffres sont d'autant plus vrais pour les personnes souffrant du syndrome d'Asperger.

#### **b) Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)**

En ce qui concerne les recommandations HAS, le syndrome d'Asperger est considéré comme un trouble autistique. Nous devons donc nous référer à celles qui s'adressent aux TED plus généralement, diffusées par la HAS en mars 2012.

##### **- Associer l'enfant et ses proches**

L'enfant doit être acteur de sa prise en charge, et donc être informé et participer activement à l'élaboration de son projet de soin.

Il en est de même pour sa famille, pour laquelle des mesures de soutien, d'accompagnement et d'information sont mises en place. Le lien établi entre chaque acteur doit être étroit de façon à induire une collaboration efficace, à créer une relation de confiance et ainsi, que chacun puisse participer aux prises de décision, en vue de « *permettre un accompagnement de qualité* ».

##### **- Evaluer le développement de l'enfant et de son état de santé**

Les évaluations ont pour but d'inscrire la personne dans un projet personnalisé et d'assurer la cohérence des soins au regard des informations recueillies. Chaque donnée doit être déterminée en tenant compte du caractère unique de l'individu, ainsi que des éléments environnementaux. Les évaluations, qu'il s'agisse d'examens physiques ou d'observations, tant structurées qu'informelles, sont réalisées dans un cadre pluriprofessionnel et de façon régulière. Les compétences à apprécier ainsi que les outils recommandés sont clairement définis par la HAS.

- Travailler en pluridisciplinarité avec des acteurs qui sont formés, et assurer la continuité des soins

La multiplicité des intervenants permet d'agir de manière efficace et personnalisée auprès de l'enfant. Toutefois, de l'évaluation à la réalisation des soins, cette pluridisciplinarité doit être coordonnée. Un binôme chargé de la bonne qualité de la coordination peut être désigné au sein des établissements.

- Développer la recherche clinique

Effectuer les différents bilans permet de proposer une prise en charge adaptée. L'intervention doit donc être prédéfinie et évoluer selon les besoins de l'enfant.

L'accompagnement doit regrouper plusieurs volets qui sont l'éducation, la pédagogie et la thérapie. Le travail avec l'enfant sur chacun de ces domaines doit se faire de façon personnalisée, en tenant compte des variations environnementales. Parmi les programmes TEACCH<sup>4</sup>, ABA<sup>5</sup> et Denver, aucun n'est privilégié plus qu'un autre. A contrario, ils doivent être utilisés de manière complémentaire pour agir efficacement sur chacun des troubles.

L'enfant Asperger présente un niveau de développement hétérogène de ses aptitudes. Il est donc recommandé de mettre en place des « *interventions spécifiques focalisées* » sur les difficultés. Il lui est donc possible de suivre une scolarisation en milieu ordinaire avec un suivi en parallèle.

Dans le domaine des interactions sociales, l'intervention doit être mise en place en collaboration avec les parents et autres proches de la façon la plus précoce possible : ils doivent être formés à l'apprentissage des règles sociales. L'enfant doit aussi être accompagné dans les situations sociales de la vie courante, dont l'école. Les interventions éducatives, comportementales et développementales sont recommandées, avec l'utilisation des programmes que je décrirai ultérieurement.

En ce qui concerne le traitement des émotions, des thérapies cognitivo-comportementales, des jeux de rôles, groupes de parole ou encore psychothérapies individuelles sont conseillés. Pour les troubles du comportement, c'est l'élaboration d'un

---

<sup>4</sup> Traitement et éducation pour enfants avec autisme ou handicap de la communication

<sup>5</sup> Applied Behavior Analysis ou Analyse Appliquée du Comportement

système de communication joint à des adaptations de l'environnement qui sont essentielles. Un travail sur l'anticipation des situations à risque peut être réalisé auprès de l'enfant et de sa famille.

Pour favoriser l'autonomie, l'indépendance et la réalisation des activités de la vie quotidienne, le suivi ergothérapique est proposé comme solution pour favoriser le développement de ces compétences.

Sur le plan sensoriel / moteur, l'ergothérapie et la psychomotricité sont indiquées pour procurer un accompagnement en cas de dyspraxies, troubles posturaux/toniques ou agnosies « *interférant avec la vie quotidienne* » ou « *leurs apprentissages scolaires* ».

Enfin, le temps de scolarisation en milieu ordinaire doit voir son volume horaire augmenter dès que possible. La mise en place d'un auxiliaire de vie scolaire (AVS) formé aux TED peut faciliter cette intégration.

### **c) Demande des usagers**

A travers les différents témoignages et selon la Chambre Nationale des Services d'Ambulances (CNSA), on peut identifier de nombreuses demandes quant aux conditions d'accompagnement.

La mise en place du diagnostic est souvent longue, et les suspicions s'orientent parfois vers des troubles psychotiques, qui conduisent à une surmédication non adaptée au syndrome. La demande, en adéquation avec les recommandations HAS, est donc de perfectionner les conditions de diagnostic pour l'établir le plus précocement possible.

A l'adolescence, les personnes avec Asperger se sentent parfois délaissées et perdues dans la multitude d'informations et d'activités journalières. Plutôt qu'une psychothérapie complexe, parfois irrégulière, certains réclament un accompagnement plus ponctuel dans une démarche de conseil, d'échange interactif. Ils requièrent aussi d'être soutenus dans les démarches de la vie quotidienne, qu'il s'agisse de la scolarisation à l'enfance, qu'à l'autonomisation et la prise d'indépendance à l'âge adulte [7].

En définitif, l'une des difficultés des personnes Asperger est de s'inscrire dans une démarche d'intégration sociale. Cette difficulté est particulièrement perçue lors des changements d'environnements. Dotés de bonnes capacités cognitives, l'école ne devrait pas être pour eux un lieu où de nombreuses difficultés émanent. Pourtant, il s'agit du premier endroit où ils se sont sentis différents [7].



## **II. Syndrome d'Asperger et milieu scolaire**

### **1. La scolarisation en milieu ordinaire : généralités et quelques chiffres**

L'enseignement primaire, gratuit et laïque, est obligatoire depuis la mise en vigueur de la loi du 18 mars 1882, dite « loi Ferry », décrite par le site du sénat. Elle permet alors à 600 000 enfants non scolarisés d'accéder à l'éducation. Initialement, elle s'adressait à un public de moins de treize ans, mais la multiplication des réformes conduit une instruction jusqu'à l'âge de seize ans. Cette politique d'accès ne cesse de croître car, aujourd'hui, le milieu ordinaire ouvre ses portes aux élèves en situation de handicap, surtout depuis 2007, lorsque le ministère a développé le programme « Aide Handicap Ecole ».

D'après l'éducation nationale, l'éducation s'organise sous deux degrés différents : l'enseignement de premier degré qui correspond à l'école maternelle et élémentaire (3 – 11 ans), et l'enseignement de second degré qui comprend le collège et le lycée (11 – 18 ans). Dans le cadre de mes recherches, je m'intéresserai particulièrement aux enseignements de premier degré étant donné la nécessité d'une prise en charge précoce de la personne avec Asperger.

#### **- Objectifs de l'enseignement de premier degré**

Toujours selon l'éducation nationale, en premier lieu, l'enseignement de premier degré a pour but de transmettre les apprentissages des matières générales, tels le français, les mathématiques, l'éducation civique, et bien d'autres. Ainsi, les enfants acquièrent *le « socle commun de connaissances et de compétences »*, notions nécessaires à la réussite de la scolarité et au développement de la citoyenneté.

Pour avoir une efficacité optimale, un travail personnalisé est appliqué à chaque enfant de façon à tenir compte de ses capacités individuelles. Dans les écoles de l'éducation prioritaire, des dispositifs d'accompagnements permettent, en cas de difficulté, la mise en place d'une aide supplémentaire personnalisée, augmentant les chances de réussite de ces élèves.

L'instituteur est la première interface entre l'éducation nationale et les élèves. Il a pour but d'enseigner les disciplines du programme, tout en favorisant la maîtrise du français. Il

doit aussi permettre un apprentissage optimal malgré la non homogénéité de la classe, et enfin « *exercer la responsabilité éducative et l'éthique professionnelle, en particulier lorsque les besoins éducatifs ne sont pas ordinaires* » (situations de handicap par exemple).

- La scolarisation des élèves handicapés dans le premier degré en milieu ordinaire (2013 – 2014)

Selon les relevés de l'éducation nationale, en France métropolitaine et départements outre-mer, 12 213 300 élèves ont été scolarisés à l'école ordinaire, dont 210 400 personnes « handicapées ». Ce dernier chiffre tend à augmenter avec le temps grâce à une politique d'inclusion scolaire.

En effet, en neuf ans, au sein de la scolarisation de premier degré en milieu ordinaire, la population des élèves en situation de handicap a augmenté de 61% (Annexe IVa). Dans la même période, la présence de cette population a aussi augmenté dans les classes pour l'inclusion scolaire (CLIS, hausse de 24,5%), et de façon beaucoup plus moindre en établissements spécialisés (2,69%) (Annexe IVb).

En milieu ordinaire, les élèves en situation de handicap sont plus nombreux à l'âge de 6 ans, mais les difficultés engendrées par l'apprentissage de la lecture les orientent par la suite vers les CLIS. Des accompagnements humains (enseignant spécialisé) et matériels sont proposés à ces élèves en difficultés. A temps plein, ce sont les enfants présentant des troubles du psychisme qui sont les plus aidés (3313), juste devant les troubles intellectuels et cognitifs (2547) (Annexe IVc).

## **2. L'école inclusive**

D'après les données gouvernementales, l'école inclusive peut être définie comme une politique d'enseignement qui, par des adaptations structurelles, organisationnelles et pédagogiques, souhaite rendre possible pour tous les élèves, quels que soient leurs besoins, une scolarité optimale en milieu ordinaire. « *Ce ne sont pas les élèves qui s'adaptent aux besoins du système, mais chaque école qui s'adapte aux spécificités des élèves et met en place tous les dispositifs nécessaires à leur scolarisation et à leur réussite* » (Najat Vallaud-Belkacem, Ministre de l'Education Nationale, 2014).

Ce principe s'appuie sur la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Ainsi, quel que soit le handicap de l'enfant, son orientation scolaire sera priorisée en milieu ordinaire, dans son

école de proximité (l'inscription y est obligatoire). Pour rendre cet accès possible et efficace, une nouvelle loi parue le 8 juillet 2013 se consacre aux obligations de formation des enseignants, en particulier vis-à-vis des nouveaux outils que les élèves utiliseront, ainsi qu'à la collaboration avec les services médico-sociaux. De cette façon, le partenariat enseignant – élève s'étendra à la famille et aux professionnels de santé.

Le terme inclusion signifie que non seulement l'école, en tant que lieu, sera accessible pour tous, mais aussi sur le plan social et intellectuel. En effet, l'école est le lieu de participation sociale des enfants. Favoriser ces échanges sociaux dans un milieu adapté permet à l'enfant de se construire en tant que personne et d'évoluer comme tout un chacun. Par ailleurs, selon l'HAS (2010) l'adaptation et la personnalisation des enseignements, qu'elles soient d'ordre matériels (outils numériques, supports adaptés) ou théoriques avec la formation des instituteurs à de nouvelles techniques pédagogiques, accentuent les conditions de réussite de l'enfant.

Ainsi, pour chaque élève en situation de handicap, un projet personnalisé de scolarisation (PPS) est mis au point par l'équipe pluridisciplinaire de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Selon l'éducation nationale, ce PPS s'appuie sur les besoins identifiés et permet alors d'élaborer un projet avec l'enfant et sa famille, en tenant compte des souhaits de chacun. Cet outil permet de maintenir la cohérence du parcours scolaire et de clarifier quels accompagnements seront proposés à l'enfant : qualité et nature des accompagnements (thérapeutiques ou rééducatifs), si une aide humaine sera proposée et dans quelles conditions (individuelle ou mutualisée), s'il y aura recours à un matériel pédagogique adapté et, enfin, quels aménagements pédagogiques seront mis en place.

D'après la loi du 11 février 2005, la politique d'école inclusive s'adresse à tous les élèves dont la scolarité nécessite une adaptation du système ordinaire, qu'elle soit momentanée ou durable. Y sont donc référencés :

- les élèves présentant une déficience sensorielle / motrice / intellectuelle,
- les élèves ayant des troubles psychiques (TED),
- les élèves qui ont contracté une phobie scolaire,
- les élèves en grande difficulté,
- les élèves en rupture avec le système éducatif,

- les élèves allophones,
- les élèves qui subissent une situation sociale ou familiale dont la gravité a des conséquences sur la scolarité,
- les élèves intellectuellement précoces et les dys non reconnus par la MDPH,
- Les élèves éloignés, momentanément ou plus durablement, de l'école (maladie, CNED, enfants du voyage, instruction à domicile ...)

La politique inclusive, qui a commencé à se développer dans les années 1990, fait suite à la politique d'intégration mise en place dans les années 1970.

	<u>Ecole d'intégration</u>	<u>Ecole inclusive</u>
Public concerné	Elèves présentant un handicap léger	Tous les élèves, quel que soit leur handicap
Différentes orientations	Services spécialisés	Classe ordinaire priorisée
Conditions d'intégration	Peut se limiter à une intégration physique	Intégration physique, pédagogique, sociale
Accès aux services de soutien	Réservé aux élèves en situation de handicap ou de grande difficulté	Ressources mises à disposition à l'ensemble des élèves

Dans le contexte plus restreint de l'autisme, des unités d'enseignement spécialisées ont été ouvertes. Toutefois, elles s'adressent aux enfants ayant développé des troubles sévères avec une communication très altérée, ce qui n'inclue pas les enfants Asperger.

### **3. Incidence des différents troubles**

*«Beaucoup de ceux qui sont diagnostiqués à l'âge adulte disent que la première fois qu'ils se sont sentis différents des autres a été lorsqu'ils ont commencé à aller à l'école » (T.ATTWOOD, 2008).*

#### **a) Ensemble des troubles**

Le syndrome d'Asperger présente un éventail de symptômes assez important et variable d'un individu à l'autre. Les troubles secondaires associés peuvent aussi avoir une forte incidence sur la qualité de vie de la personne. Comme il l'a été dit précédemment, la vie sociale de l'enfant se rapporte à sa vie scolaire. L'expression des symptômes peut

perturber le cercle relationnel, et avoir des conséquences sur ses relations sociales, sur son état psychologique, ou encore sur sa réussite [1].

- Troubles relationnels

Les troubles relationnels, décrits précédemment, ont un impact important sur les interactions sociales et l'amitié [8].

La perturbation des capacités liées à la communication empêchent l'enfant de demander de l'aide à quelqu'un en cas d'incompréhension, qu'il s'agisse de l'enseignant ou d'un camarade. Le suivi des leçons en est rendu difficile, surtout lorsque l'interprétation de certaines structures de phrases (rhétoriques, métaphores) est compliquées sans un entraînement préalable.

La lecture des codes sociaux est donc elle aussi compromise, ainsi que celle des émotions et du langage non-verbal. Les capacités de l'enfant Asperger à interagir avec les autres sont donc restreintes sans un accompagnement et un soutien approprié. De surcroît à l'incompréhension des émotions, l'enfant Asperger a des difficultés pour les exprimer [10]. Il est donc dans l'incapacité d'exposer ses émotions et de comprendre celles que les autres lui renvoient. De ceci découle une frustration plus ou moins tolérée, qui peut conduire au développement de troubles de l'humeur (dépression, troubles anxieux, problèmes de gestion de la colère), accentuant alors la difficulté d'établir des contacts sociaux.

Par ailleurs, les enfants Asperger, comme chacun d'entre nous et si ce n'est davantage à cause des inadaptations sociales, sont exposés à des conflits qu'ils sont incapables de gérer. Cette inaptitude peut être source d'exclusion et/ou de grande anxiété [1].

La création d'amitié est indispensable au bon développement psychique de chaque individu. Cette démarche est difficile pour la personne Asperger à cause des mauvaises interprétations sociales et à une maturité qui n'est pas en adéquation avec son âge [13]. L'absence de préparation et d'expériences sur le plan des interactions sociales conduit cette population, enfant ou adulte, en situation d'échec. Un accompagnement adéquat, avant ou pendant la scolarisation, permettrait donc à ces enfants d'éprouver moins de difficultés.

- Théorie de l'esprit

Le déficit de la théorie de l'esprit a été, chez les enfants et adultes Asperger, constaté au cours de plusieurs études [12 ; 18]. La théorie de l'esprit est la capacité à reconnaître et

à comprendre les pensées, croyances, désirs et intentions des autres personnes. Elle joint une aptitude à donner sens à leur comportement et à prédire ce qu'ils sont sur le point de dire, de faire. Elle est liée à l'empathie. Ce manque de compétences au niveau de la théorie de l'esprit est l'une des explications des inaptitudes sociales.

Elle se manifeste par des difficultés dans la lecture des messages visuels, par des interprétations trop littérales des propos, une tendance à être trop honnête, des difficultés à percevoir l'embarras, un délai plus important pour traiter les informations, et donc un épuisement physique et émotionnel [1].

- Les intérêts restreints

Les stéréotypies développées par les personnes Asperger découlent d'entraînements et de mises en place d'automatismes. Ces rituels leurs permettent de se sentir sécurisés et de surmonter l'anxiété. Toutefois, les stéréotypies verbales peuvent donner un air suffisant à leur discours, et marquer davantage leur différence avec les autres.

- L'apraxie et troubles moteurs

Tony Atwood (2008) définit l'apraxie comme un « *problème pour conceptualiser et planifier ses mouvements, de telle sorte que ses actions sont moins efficaces et coordonnées qu'attendues* ». Il s'agit donc d'un trouble cognitif qui touche 60% des enfants Asperger. C'est en général à cause de ces difficultés que les enfants sont orientés auprès d'ergothérapeutes ou de kinésithérapeutes. Ces derniers élaborent alors des ajustements pour que leur motricité soit adaptée à la vie quotidienne et aux attentes de la personne.

Les perturbations observées se situent au niveau de la coordination (vélo, jeux de ballon), de la dextérité, de la motricité fine (altération de l'écriture et préhensions immatures), de la synchronisation entre les bras et les jambes, de la somatognosie (chutes à répétitions). Globalement, le langage corporel apparaît comme maladroit [1].

- Troubles des fonctions exécutives

Les fonctions exécutives sont des processus cognitifs de haut niveau qui permettent de planifier et organiser nos actions (élaboration de stratégies) tout en mettant en place des mécanismes d'adaptation. Plusieurs études [16 ; 17] démontrent que ces fonctions sont altérées chez les enfants Asperger, ce qui a un impact sur les capacités attentionnelles, sur la concentration, sur la prise d'initiative, la planification, la flexibilité mentale, le

jugement, la résolution de problèmes ... Ces aptitudes sont pourtant mises en place par tous de façon intuitive et permettent de faire face aux situations du quotidien.

- Altération des facultés sensorielles

Chez les enfants Asperger, on peut observer une hypo ou une hypersensibilité. Les expériences auditives, tactiles et visuelles peuvent compromettre certaines activités de la vie quotidienne, et limiter la participation. La double-tâche de réception sensorielle et d'action (suivre une conversation et intervenir par exemple) est alors limitée. Cela peut créer des douleurs et accentuer la mauvaise gestion émotionnelle, ayant un impact sur les relations sociales et sur la vie journalière.

- Autres

Des troubles de la régulation neurobiologique induisent une mauvaise orientation spatio-temporelle. Pourtant, la gestion du temps (arrêt de l'activité initiée) et de l'espace (repérage du corps), voire des deux cumulées (perception de la vitesse et des distances), sont parfois des prérequis à des apprentissages dans le cadre scolaire.

### **b) Incidences dans le milieu scolaire**

Les attitudes et comportements de l'enfant avec Asperger sont parfois inadaptés, ce qui peut conduire à une incompréhension de la part de ses pairs. Considéré alors comme une personnalité étrange à cause des bizarreries gestuelles, des réactions émotionnelles inadéquates, des stéréotypies verbales ou encore des « passions » surprenantes, l'individu peut être source de curiosité, de moqueries et d'exclusion, voire parfois de maltraitance au sein de l'école [1].

De surcroît, les troubles des fonctions exécutives impliquent une mauvaise adaptation aux situations nouvelles, et donc une mauvaise gestion des relations humaines. L'enfant, malgré son intelligence, peut alors être considéré comme peu dégourdi par ses camarades de classe, et là encore l'objet de moqueries et d'exclusion.

Les maladresses motrices confèrent elles aussi un côté excentrique à la personne, tant au niveau de ses déplacements qu'à la manipulation d'objets. Elle peut entraîner un manque de participation aux activités, tels les sports de ballons ou les jeux d'enfants par exemple. De plus, l'exposition aux stimulations sensorielles trop intensives sont parfois vécues comme insupportables : l'enfant met alors en place des stratégies d'évitement, qui limitent elles aussi l'intégration sociale [7].

Généralement, les autres enfants sont réceptifs à ces comportements excentriques. Ils sont moins armés et sensibilisés pour comprendre les différents troubles, et l'enfant Asperger est alors source de moquerie. Distraction pour certains, supplice pour d'autres, le harcèlement moral peut vite s'instaurer au sein de l'école. Ce phénomène de société vise généralement les enfants solitaires qui ont peu d'estime d'eux-mêmes, ce qui fait des Asperger des cibles idéales et récurrentes [7].

L'enfant ne comprend pas pourquoi il est différent des autres et l'origine de cette hostilité à son égard, surtout dans les cas où le diagnostic n'est pas clairement identifié et expliqué. Il ne peut alors s'identifier ni aux enfants de son âge, ni aux adultes, alors que le mimétisme est l'une des voies de développement de l'individu. L'estime personnelle est fortement affectée, ce qui représente un facteur favorisant l'expression de troubles du comportement (arrogance, violence, anxiété ...). Ainsi, un cercle vicieux s'enclenche, creusant un fossé entre l'enfant Asperger et ses camarades [18].

### **III. L'ergothérapie dans le cadre de l'accompagnement d'une personne avec Asperger**

#### **1. Définition et compétences**

L'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) décrit l'ergothérapeute comme un « *professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé* ». Il met en place des actes de rééducation, de réadaptation et de réinsertion dans le but de permettre à la personne une augmentation de son indépendance et de son autonomie. Pour cela, il s'appuie sur l'activité qu'il propose, sur les habitudes de vie de la personne, sur ses capacités et incapacités, sur son environnement, tant humain que matériel, ainsi que sur son projet de vie. Il accompagne donc à la personne dans la réalisation des activités humaines dans un cadre sécurisé, et tend à améliorer sa qualité de vie.

Sur prescription médicale, l'ergothérapeute intervient auprès de toute personne éprouvant des difficultés dans la réalisation de ses activités, qu'il s'agisse d'enfants, d'adultes, de personnes âgées, ou d'individus présentant des troubles cognitifs et/ou



physiques et/ou sensoriels. Il agit au sein d'une équipe pluridisciplinaire et collabore donc avec la personne, son entourage et l'équipe de soin.

Il s'appuie sur le potentiel thérapeutique des différentes activités pour faire du lien avec le projet de vie de la personne, et ainsi engendrer un processus motivationnel. Il permet alors d'améliorer les capacités et réduire les déficits fonctionnels, mettre en place des adaptations pour que la personne puisse réaliser la tâche, et réduire les situations de handicap.

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute référence les activités que ce professionnel est habilité à exercer. Il comprend :

- le recueil d'informations via l'observation, des entretiens et des évaluations. Ce dernier servira à l'établissement d'un diagnostic ergothérapique
- la réalisation de soins à visée rééducative, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation sociale
- la mise en place d'aides techniques, d'aides humaines ou animalières ainsi que d'orthèses pour permettre à la personne de réaliser ses activités
- le conseil et l'éducation des personnes en situation de handicap, de leurs proches, ou encore de l'institution
- l'aménagement de l'environnement
- l'organisation et la coordination des soins avec l'équipe
- la gestion des ressources (matériel, locaux ...)
- la formation continue de l'ergothérapeute, ainsi que la formation et l'information des autres professionnels

## **2. Les compétences de l'ergothérapeute en lien avec les besoins des personnes Asperger**

Les personnes souffrant du syndrome d'Asperger, avec un accompagnement approprié, sont tout à fait capables de s'intégrer dans la société. Le diagnostic se réalisant de plus en plus tôt, nous pouvons aujourd'hui entreprendre une prise en charge précoce de leurs troubles. Toutefois, selon des témoignages d'adultes Asperger, les prises en charge psychanalytiques ne répondent pas à l'intégralité de leurs besoins pour qu'ils soient indépendants et autonomes au quotidien. Pourtant pourvus de facilités intellectuelles, ils restent vivre très longtemps dans le cocon familial, entreprennent difficilement des études

supérieures et peinent à trouver un emploi. Comme il l'a été décrit précédemment, les premiers troubles étant mis en exergue au moment de la scolarisation, je vais m'attacher à décrire le potentiel thérapeutique d'un ergothérapeute dans ce milieu qu'est l'école ordinaire de premier degré.

Dans la prise en charge des enfants avec Asperger, en tenant compte du référentiel de compétences de l'ergothérapeute, ce professionnel est qualifié pour intervenir à différents niveaux.

Tout d'abord, il est habilité à évaluer les inaptitudes de l'enfant et établir, avec lui et ses proches, un projet de soin en adéquation avec ses besoins. Il peut alors prendre en charge ses difficultés, avec un accompagnement qui, au regard des autres professionnels, s'adresse plus spécifiquement aux fonctions exécutives, praxies et aux troubles d'autorégulation. Il peut donc mettre en place des stratégies d'adaptation et de gestion des émotions, des troubles moteurs et/ou sensoriels, et des situations sociales complexes qui sont sources d'anxiété (conflits, événements imprévus ...). Par ailleurs, il est compétent pour enseigner des techniques qui permettent une intégration sociale moins ardue.

De plus, l'ergothérapeute peut mettre en place des outils facilitant la réalisation des activités de la vie quotidienne et de la vie scolaire (ordinateur par exemple). Il est aussi en mesure d'aménager l'environnement de l'enfant (domicile et école) pour qu'il puisse évoluer dans un cadre sécurisé et facilitateur pour la réalisation de ses tâches.

Enfin, ce professionnel est apte à conseiller et informer l'enfant et ses proches sur les manifestations du trouble et les situations qui peuvent être sources de difficultés. L'autonomie de ces enfants étant restreinte, l'ergothérapeute peut donc aider la famille à développer des stratégies pour que l'enfant progresse sur ce plan. Il travaille donc en collaboration avec la famille, l'équipe soignante, mais aussi les professionnels de l'éducation pour permettre un accompagnement plus global de l'enfant.

### **3. Programmes ABA et TEACCH**

En vue de proposer des prises en charge adaptées aux besoins des enfants autistes, différents programmes ont été élaborés. L'ergothérapeute faisant parti des équipes qui les appliquent, je me suis donc attachée à vous décrire ceux qui me paraissent les plus

pertinents au regard de mon étude. J'ai choisi de m'intéresser au programme Applied Behavioral Analysis<sup>6</sup> (ABA) et au programme Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children (TEACCH). En effet, ces derniers utilisent des approches éducatives plutôt différentes, mais chacune présente ses propres avantages. Selon l'HAS, ces programmes sont particulièrement efficaces auprès du public autiste.

### **a) Le programme ABA**

Le programme a été développé dans les années 1960 par Ivar Lovaas. Il s'agit d'un programme éducatif qui a été créé pour permettre une meilleure intégration des personnes autistes dans la société. Pour ce, le modèle ABA vise à augmenter l'apparition des comportements jugés adaptés, et à diminuer la manifestation de ceux qui ne le sont pas.

La méthode s'adresse au renforcement des capacités attentionnelles, à la réceptivité et à l'expression du langage, aux habiletés motrices, aux compétences et à l'intégration sociales, aux activités ludiques, à l'autonomie et à l'acquisition des connaissances requises pour la scolarité. Ce programme est intense et nécessite une totale implication de l'enfant et de sa famille.

Le principe ABA est de créer un cadre particulièrement structuré autour de l'enfant autiste dans lequel on lui propose des techniques de modification du comportement et de développement de compétences. On y pratique alors deux types d'enseignements :

- un enseignement dit « structuré » : le comportement à acquérir est scindé en plusieurs parties pour faciliter son apprentissage, et chaque séance est dédiée à l'enseignement de l'une d'entre elles. Sous une demande directive jointe à des encouragements, l'action est répétée plusieurs fois par l'enfant avec un rythme intense. Lorsque la réponse est correcte, le professionnel récompense l'enfant avec quelque chose qui est plaisant pour lui. Lorsqu'il y a une erreur, elle est corrigée.
- L'enseignement dit « incidentel » correspond plus à l'accompagnement de l'enfant lors des moments ludiques, lors des activités de la vie quotidienne ou encore lors de moments de rencontres sociales. De la même façon, l'enfant est encouragé et récompensé lorsqu'il applique ce qu'on lui demande.

---

<sup>6</sup> Analyse appliquée du comportement

Dans un premier temps, la méthode ABA nécessite un cadre très structuré pour limiter les stimulations auxquelles l'enfant est exposé. C'est avec le temps que cette structuration tend à diminuer pour reproduire les comportements dans d'autres contextes. Par ailleurs, un entraînement intensif est primordial à l'acquisition des apprentissages. Enfin, les professionnels doivent tenir compte des envies de l'enfant pour être en mesure de le motiver en tout temps et qu'il prenne du plaisir dans ces exercices : les encouragements et récompenses de l'enfant doivent donc être appropriés (notion de renforcement positif).

A contrario, pour diminuer la fréquence d'un comportement, ABA indique d'agir sur les causes déclenchantes avec deux démarches possibles : soit en mettant en place des stratégies d'évitement, soit en les rendant supportables pour l'enfant.

### **b) Le programme TEACCH**

Le programme TEACCH a été développé aux Etats-Unis en 1966 et s'inspire des thérapies cognitivo-comportementales. Il s'agit de la mise en place d'une prise en charge adaptée aux particularités autistiques et aux besoins individuels de la personne. Cet outil est utilisé dans le but de permettre l'autonomie et le bien-être du patient, et ainsi faciliter son intégration sociale au sein du système familial et scolaire. Un travail est réalisé pour réduire l'apparition des comportements non adaptés et pour créer du lien entre les membres de la famille. Cette dernière est pleinement impliquée dans le programme pour qu'il puisse pérenniser à la maison.

Pour ce faire, la méthode TEACCH s'appuie sur la structuration de l'environnement. Des moyens de repérage visuels sont mis en place pour que l'enfant autiste identifie ce qu'il doit faire et comment le faire : l'action demandée est explicitée par ces adaptations et est alors rendue prévisible. L'environnement est donc agencé de façon à lui conférer un certain sens, des espaces d'activité sont délimités et les situations de handicap réduites. Les exercices proposés sont adaptés au niveau de maturité de l'enfant et à ses capacités pour qu'il soit en situation de réussite et le valoriser. L'acceptation des déficits est aussi travaillée avec lui pour que ces derniers ne soient pas source de frustration.

Sur un plan plus concret, le programme propose :

- une évaluation préalable pour permettre un accompagnement personnalisé de l'enfant

- un travail sur les compétences évaluées comme déficitaires et posant problème à la personne et / ou à son entourage
- l'enseignement de stratégies pour renforcer les capacités d'adaptation
- l'aménagement d'un cadre structuré pour faciliter les enseignements
- l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire en vue d'un travail en collaboration
- la formation des parents à la méthode TEACCH

Plusieurs études, dont celle de Siaperas et Higgins [17], se sont intéressées aux bénéfices apportés par la méthode TEACCH. Elles ont mis en évidence une amélioration significative des capacités de travail, des habilités sociales et de communication, ainsi que la diminution des comportements non adaptés.

#### **IV. Question de recherche**

A travers la problématique pratique, j'ai pu constater que l'ergothérapeute peut jouer un rôle prépondérant sur l'inclusion scolaire de l'enfant Asperger en milieu ordinaire, de premier degré. Il existe, certes, des recommandations de bonne pratique quant à l'accompagnement des personnes avec autisme, mais sont-elles aussi applicable à une personne Asperger et incluent-elles les démarches qui permettent l'inclusion scolaire ? Par ailleurs, les ergothérapeutes se réfèrent-ils à ces recommandations ou pratiquent-ils des méthodes qui leur sont propres ?

C'est pourquoi, sur un plan plus concret, je me suis intéressée aux méthodes utilisées par les différents ergothérapeutes pour permettre l'inclusion scolaire de l'enfant.

La question de recherche qui a découlé de ces interrogations est donc :  
« Comment l'ergothérapeute peut-il permettre l'inclusion scolaire des enfants Asperger en milieu ordinaire de premier degré ? »

## PROBLEMATIQUE THEORIQUE

La pratique des professions médicales, notamment de l'ergothérapie, est influencée par différents modèles et concepts. Ils permettent de s'appuyer sur des principes théoriques et ainsi de moduler les modalités d'accompagnement des personnes. Dans le cadre de mon étude, j'ai choisi de développer le modèle systémique, les théories des apprentissages et le modèle de l'occupation humaine. Mon intérêt s'est porté vers le modèle systémique en premier lieu du fait de l'intervention de l'ergothérapeute au sein d'une équipe pluridisciplinaire, dans un milieu qui est autre qu'institutionnel (l'école), l'obligeant alors à tenir compte de chaque acteur ou facteur qui peuvent influencer sa prise en charge.

### **I. Modèle systémique**

Le modèle systémique est apparu en Amérique du nord dans les années 1950, puis appliqué en France vingt ans après.

Il s'agit d'un modèle général interprofessionnel. Son origine étymologique provient du mot grec *systema* qui signifie « ensemble organisé » : un système correspond donc à un ensemble d'éléments qui interagissent entre eux et qui échangent de l'information avec l'extérieur. Plusieurs définitions ont été proposées. Nous pouvons retenir celle de Rosnay (1975) qui décrit le système comme « *un ensemble d'éléments en interaction dynamique, organisé en fonction d'un but* ». En 1977, Lemoigne vient compléter cette définition en ajoutant la notion d'un environnement et d'une activité commune, ainsi que le fait que le système ne soit pas statique dans le temps<sup>7</sup>. Enfin, Meleze (1972) et Checkland (1981) octroient l'idée d'une hiérarchisation du système avec l'élaboration de méthodes ou procédures d'un ensemble organisé. Pour donner un exemple plus concret, le système peut autant correspondre à un groupe d'étudiants qu'à un ensemble de cellules cardiaques : ce sont des éléments qui interagissent entre eux avec une finalité commune [11].

Le modèle systémique s'appuie sur le système en lui-même et les relations entre les acteurs de ce système : il utilise une approche généraliste et non plus épistémologique. Il

---

<sup>7</sup> Le Moigne (1977) considère le système comme « *un objet qui, dans un environnement, doté de finalités, exerce une activité et voit sa structure interne évoluer au fil du temps, sans qu'il perde pourtant son identité unique* ».

considère que « *Le tout est supérieur à l'ensemble des parties* » (M.C Morel, 2009) [6] et que l'apparition d'un problème ne se réduit pas à un seul événement ou acteur, mais à l'interaction de l'ensemble d'entre eux. C'est le développement des théories de la communication (Shannon et Weaver, 1949) qui a fait émerger l'idée de la complexité des réseaux relationnels et de son impact sur les différents systèmes [14].

Le modèle systémique s'appuie donc sur la théorie de la complexité. Il considère que « *L'individu ne peut pas être abordé isolément, mais en relation avec le système dans lequel il vit (système familial, système institutionnel ...)* » (M.C Morel, 2009) [6]. Des mécanismes d'interaction et d'interdépendance sont alors mis en place. La maladie mentale ou psychique n'est alors plus considérée comme une perturbation du psychisme mais comme résultant d'un déséquilibre familial et social (Ecole de Palo Alto, 1952<sup>8</sup>).

L'objectif principal de l'utilisation du modèle systémique est de mieux comprendre les événements : « *un phénomène demeure incompréhensible tant que le champ d'observation n'est pas suffisamment large pour qu'y soit inclus le contexte dans lequel ledit phénomène s'est produit* » (Watzlawick, 1972). Les régulations font partie de ces éléments complexes à étudier car elles peuvent être sources des différents dysfonctionnements. Elles s'appuient sur les règles, implicites ou explicites, mises en place par le système. L'approche systémique permet donc de mieux comprendre les problématiques auxquelles le système est confronté, et de pouvoir agir plus efficacement sur les dysfonctionnements. Il s'appuie alors plus sur les relations entre les acteurs du système plutôt que sur les troubles présentés par la personne. Ainsi, il permet de connaître la situation, de pouvoir la comprendre et l'expliquer, prédire les événements futurs et avoir un meilleur contrôle sur la réalité [11].

Trois grands principes sont dégagés par l'école de Palo Alto :

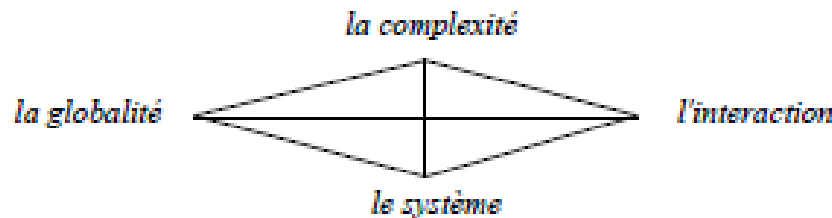
- le principe de totalité : le tout est supérieur à l'ensemble des parties.
- le principe d'homéostasie : le système tend à réduire les variations via un mécanisme de régulation pour maintenir un certain équilibre.
- le principe d'équifinalité : les interactions d'un système permettent de définir la structure actuelles et, dans le cadre d'une analyse, d'expliquer plus facilement son fonctionnement.

---

<sup>8</sup> Fondée par Grégory Bateson et Don Jackson

Sont aussi abordées les idées d'une dynamique des systèmes, d'une organisation structurale (partie spatiale et stable du système) et fonctionnelle (aspect temporel qui a tendance à évoluer) du système.

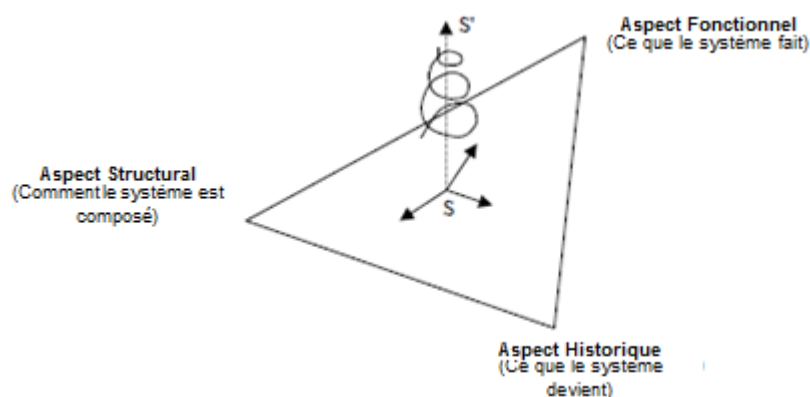
### Quatre concepts de base de la Systémique



Pour une utilisation plus pratique, ce sont ces principes de complexité, de système, de globalité et d'interaction qui sont utilisés :

- la complexité sous-entend la nécessité d'une démarche autre qu'analytique
- le système correspond aux éléments en interaction qui présentent un but commun
- la globalité est l'idée qu'une interdépendance est assurée entre les systèmes, qui induit alors une progression cohérente plus ou moins prévisible de la situation
- l'interaction s'intéresse aux relations entre les acteurs du système : leur nature, leur forme, la cause à effet ... [11]

Ainsi, dans le but d'étudier le système, nous nous appuyons sur la triangulation systémique, soit sur le lien entre son aspect structural, fonctionnel et historique. Cette méthode permet de faire les liens entre les différents éléments du système et d'en étayer la compréhension.



Toutefois, il est nécessaire d'identifier les frontières du système étudié et de déterminer avec quels autres systèmes il entre en relation. Les aspects environnementaux ont alors eux aussi une importance considérable pour avoir un regard global. Tous les éléments pouvant influencer le système sont donc tenus en compte [14].



L'utilisation d'un modèle systémique est donc un outil à la résolution de problèmes. Meleze (1972) le définit comme « *un processus qui tend à faire évoluer l'organisme auquel il s'applique en débloquent des latitudes d'initiatives et de changement : on élabore en premier lieu un baby-system finalisé, fortement ouvert sur l'environnement et doté des capacités d'adaptation et d'apprentissage* ».

Une fois le système et les modalités d'actions définies, l'ergothérapeute devra alors développer des techniques d'apprentissages adaptées aux capacités et incapacités de l'enfant Asperger, qu'elles soient individuelles ou spécifiques à la population. Pour ce, il pourra s'appuyer sur les théories des apprentissages.

## **II. Théories de l'apprentissage**

D'après MEIRIEU, « *On peut dire qu'un apprentissage s'effectue quand un individu prend de l'information dans son environnement en fonction d'un projet personnel* ». On peut donc dire que, qu'il s'agisse d'une évolution naturelle ou d'enseignements transmis par l'autre, l'Homme est constamment en situation d'apprentissage. Sa confrontation à son environnement et aux situations complexes le contraignent à rechercher des solutions et à acquérir de nouvelles capacités. L'apprentissage peut être défini comme « *un changement adaptatif observé dans le comportement de l'organisme. Il résulte de l'interaction de celui-ci avec le milieu. Il est indissociable de la maturation physiologique et de l'éducation* » (Dictionnaire de la Psychologie, 1999).

L'Homme a donc développé différentes techniques d'apprentissage pour améliorer sa survie et son confort. Deux courants sont alors mis en exergue : le béhaviorisme et le cognitivisme.

### **1. Le béhaviorisme**

Le béhaviorisme est la première théorie de l'apprentissage qui a été développée. Elle a notamment été utilisée dans les techniques d'enseignement, d'éducation et de formation. Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) le définit comme une « *doctrine qui assigne à la psychologie l'étude du comportement des individus à l'exclusion de l'introspection* ». Il s'agit donc de procédures expérimentales qui visent à observer les réponses comportementales en réaction à un stimulus précis.

Le concept behavioriste considère l'apprentissage comme une capacité à émettre une réponse adéquate, de construire un comportement adapté à un environnement, et ainsi de pouvoir atteindre des objectifs prédéfinis.

Le behaviorisme s'est développé au début du 20<sup>ème</sup> siècle en s'appuyant sur des théories majoritairement anglo-saxonnes et américaines (associationnisme, fonctionnalisme, théories darwiniennes ...). Cette théorie a été développée en 1913 par John Watson. Ce dernier s'est basé sur les recherches de Pavlov et de Bekhterev qui étudiaient le conditionnement des animaux. Il a donc décrit la théorie psychologique du « stimulus-réponse » : il traite des réactions émotionnelles comme résultant « *d'un apprentissage au même titre que les autres aptitudes* ».

De ce fait, à partir de 1950, plusieurs études s'attachant aux modalités d'enseignement dans le système scolaire et dans les formations ont été menées. Elles se sont particulièrement intéressées à l'amélioration des méthodes d'enseignement auprès d'enfants handicapés.

Thorndike (1913) est l'un des précurseurs du behaviorisme. Il évoque différentes méthodes nécessaires à l'apprentissage :

- l'apprentissage par essais / erreurs : la succession de ces étapes est un préalable à la réalisation de la tâche, leur répétition optimisant les chances de réussite
- la loi d'exercice : l'exercice à la tâche augmente les chances de succès et, à contrario, lorsqu'il s'arrête, les diminuent
- la loi d'effet : « *tout comportement qui induit un état satisfaisant de l'organisme a tendance à se reproduire dans la même situation* »

Cinq notions clefs sont donc décrites par le behaviorisme :

- la présence d'un stimulus
- la manifestation d'un comportement en réponse à ce stimulus
- la mise en place de réflexes
- le conditionnement qui permet l'apparition du comportement
- le renforcement qui permet de d'augmenter la probabilité d'apparition d'un comportement

Il existe deux types de conditionnement :

- le conditionnement répondant décrit par Pavlov (1927) : il correspond à une réaction attendue de la personne faisant suite à une expérience satisfaisante. Il mène alors à l'acquisition d'une nouvelle conduite lorsque cette dernière est exposée à un certain stimulus.

Cette notion a permis de travailler sur le déconditionnement des personnes face à des comportements qui sont considérés comme non adaptés (phobies, troubles obsessionnels du comportement, tics ...).

- le conditionnement opérant développé par Skinner (1969) : il s'agit d'une réponse à l'environnement qui découle de la volonté de la personne. Contrairement à Watson, il pense que le stimulus doit être choisi pour que le ressenti de la personne en soit agréable : *« le comportement peut être structuré par l'utilisation appropriée des conditionnements appropriés »*.

Il décrit donc le béhaviorisme comme *« une philosophie de la science concernant la matière et les méthodes de la psychologie »* et l'apprentissage comme *« une modification du comportement provoqué par les stimuli venant de l'environnement »*.

Le renforcement consiste en l'utilisation d'un stimulus en vue d'augmenter la probabilité d'apparition du comportement. Il peut être positif, c'est-à-dire ajouter un élément qui permet l'apparition du comportement (système de récompense par exemple), ou négatif en enlevant un élément (par exemple, éteindre la lumière induit que la personne dorme). De la même façon, la punition vise à réduire cette probabilité d'apparition (on peut priver un enfant de dessert pour qu'il ne joue plus avec la nourriture par exemple).

Sur un plan plus pratique, la théorie béhavioriste tend plus à prévoir, conditionner et formater la personne à émettre la réponse attendue qu'à expliquer ce qui l'a conduit à manifester ce comportement. Le milieu social ambiant est considéré comme « naturel » et les variations environnementales sont peu tenues en compte. Le béhaviorisme considère que les mécanismes d'adaptation permettent à la personne d'appliquer l'expression du comportement à d'autres environnements que celui dans lequel il a été développé.

En ce qui concerne les comportements attendus, ils sont sélectionnés en suivant un point de vue normatif, c'est-à-dire qu'ils se calquent sur ce qui est souhaitable pour la communauté.

La pédagogie behavioriste s'effectue par objectifs. En effet, lorsque les comportements attendus sont complexes à obtenir, ils sont divisés en sous-comportements. Chacun est enseigné de façon progressive pour réaliser la tâche dans son intégralité. Antérieurement, les objectifs sont clairement énoncés aux apprenants.

Pour développer un comportement, le behaviorisme s'appuie sur différents processus motivationnels : la motivation intrinsèque (l'activité est réalisée pour la plaisir qu'elle procure) et la motivation extrinsèque (activité réalisée pour des raisons instrumentales, comme l'attente d'une récompense par exemple). Le stimulus proposé, le conditionnement et le renforcement tiennent donc compte de ces modalités.

L'utilisation du modèle behavioriste permet donc de faciliter les apprentissages et de transmettre les conduites à tenir. Avec le conditionnement et le renforcement, les comportements sont mis en place sous forme de routines, de réflexes. Avec un entraînement intensif, le temps d'assimilation est relativement court.

Aujourd'hui, le behaviorisme est utilisé en marketing, mais aussi dans le programme ABA décrit précédemment. Il s'agit donc d'un concept qui est particulièrement utilisé auprès des personnes présentant des troubles autistiques.

Toutefois, différentes critiques ont été émises quant à l'utilisation de cette technique d'apprentissage. Elton Mayo notamment reproche au behaviorisme de ne pas suffisamment tenir compte des motivations sociales individuelles de la personne, de la dynamique de groupe qui encourage les individus à agir d'une façon commune, et des variations environnementales.

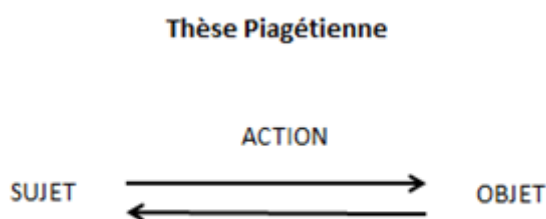
## **2. Le cognitivisme**

Le cognitivisme correspond à la fusion de deux théories que sont le constructivisme de Piaget et l'interactionnisme social de Vygotski. On peut le définir comme « *un ensemble d'attitudes, de doctrines et de méthodes qui prétendent répondre aux problèmes de la nature et du fondement des mathématiques qui ont en commun une certaine adhésion à l'hypothèse de constructibilité* » (Dictionnaire Larousse).

### a) Le constructivisme de Piaget

Piaget (1923) est le précurseur du cognitivisme. Il a développé la théorie constructiviste qu'il définit comme « *une approche axée sur le rôle actif de l'apprenant dans la construction de ses connaissances à partir de ses perceptions, de son expérience et de ses connaissances antérieures* ». Il considère que l'intelligence correspond à la capacité de s'adapter à des situations nouvelles et qu'elle s'appuie à la fois sur un héritage génétique, mais aussi sur l'expérience de la personne.

Piaget pense que, pour être en situation d'apprentissage, la personne doit être en action et s'impliquer pleinement dans son activité : « *Les connaissances sont construites par l'individu et par l'intermédiaire des actions qu'il accomplit sur les objets* ». Il considère donc que le fait d'émettre une action sur l'objet sur renvoie de l'information et de l'expérience, créant ainsi une situation d'apprentissage propice au développement des schèmes<sup>9</sup>. Piaget définit un schème comme « *ce qui, dans une action, est transposable, généralisable ou différenciable d'une situation à la suivante, autrement dit, ce qu'il y a de commun aux diverses répétitions ou applications dans la même action* ».



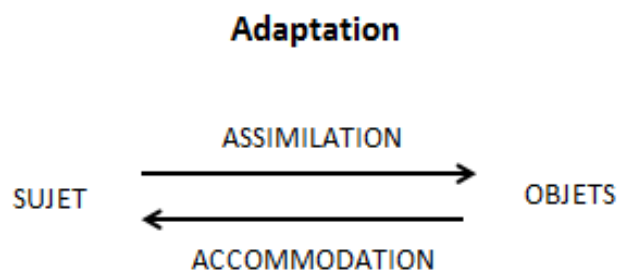
Piaget considère donc que le fait d'être en activité constitue une modalité d'apprentissage. En effet, l'action permet d'acquérir différents schèmes qui permettront de réaliser les tâches. Toutefois, un schème ne peut être appliqué à toutes les situations que la personne rencontre. Elle doit donc faire preuve d'adaptation à ce nouveau milieu et utiliser différents procédés :

- l'assimilation est un processus qui permet de transposer le schème acquis à de nouvelles tâches. Par exemple, une personne peut assimiler l'écriture sur une feuille de papier à l'écriture sur du carton parce qu'il s'agit du même schème d'action qui sera utilisé. Ainsi, le sujet rend familier ce qui ne l'est pas : le milieu est modifié mais le schème exploité reste le même.

---

<sup>9</sup> Un schème correspond à une régularité construite par tâtonnement dans l'action du sujet qui peut être généralisée à d'autres situations (Dictionnaire Larousse)

- l'accommodation est un processus par lequel l'individu va apporter des modifications au schème qu'il connaît pour qu'il puisse être utilisé sur de nouveaux objets, et ainsi être plus adapté au milieu. Par exemple, pour écrire au tableau, l'enfant s'appuiera sur le schème « écriture sur une feuille » qu'il connaît déjà, et lui apportera les modifications nécessaires pour réaliser cette nouvelle tâche. L'accommodation est donc mise en place quand l'assimilation échoue.
- l'équilibration est le processus qui explique comment, face à une situation problématique, la personne arrive à accommoder son schème et à acquérir de nouvelles compétences. Elle fait le lien entre l'équilibre initial (« je sais faire ») à l'équilibre majoré (« je sais réaliser une nouvelle tâche »).



En définitif, le constructivisme Piagétien s'appuie sur la présence de prérequis de la personne (schèmes déjà connus) et sur sa capacité à les assimiler et à les accommoder si nécessaire. Cette démarche ne peut être permise que si la personne a compris quelles compétences on veut lui transmettre, et qu'on lui octroie la possibilité d'agir avec (manipuler les données, agir sur le plan physique ...). Contrairement au béhaviorisme, le constructivisme considère que l'erreur correspond à l'échec de l'assimilation, et qu'elle peut alors être à l'origine de la mise en place du processus d'accommodation.

### **b) Interactionnisme social de Vygotski**

En 1934, Vygostki a travaillé sur l'interactionnisme social en s'intéressant plus particulièrement au rôle des interactions sociales dans le développement de l'intelligence. En parallèle à Piaget, il a réalisé des recherches sur les mécanismes cognitifs qui sont à l'origine de l'apprentissage.

Vygotski part du principe que l'apprentissage ne se fait pas de façon autonome mais à travers les liens sociaux qui permettent aux personnes d'acquérir de nouvelles connaissances et compétences. Trois notions clefs ont été développées par cet auteur :

- L'instrument psychologique qui permet de structurer la pensée humaine : ce sont des apprentissages qui s'acquièrent grâce aux interactions sociales et dissymétriques<sup>10</sup>. Il s'agit donc de l'accumulation de connaissances acquises par les différentes générations qui se transmettent à la nouvelle, comme la lecture ou les lois de calcul par exemple.
- La zone proximale de développement correspond à la zone où l'apprenant est capable de réaliser la tâche. Elle mesure l'écart entre ce qu'une personne peut apprendre de façon autonome et ce qu'elle assimilerait si elle était aidée par d'autres ressources. Cette idée part donc du principe que certaines rencontres et situations sociales optimisent les conditions d'apprentissage.
- Le conflit sociocognitif : il s'agit de la différence de niveau cognitif ou encore de point de vue entre les formés ou entre formateurs et formés. Il est la source d'échanges, d'argumentations et de recherche de solution.

Selon Vygotski les fonctions sociales font donc partie intégrante des techniques d'apprentissage. Pour résoudre un problème, le groupe échange sur les possibles solutions, met en place des tentatives pour vérifier leurs hypothèses (notion d'action), et apportent les modifications nécessaires à la bonne réalisation de la tâche. Ces processus interactifs seraient donc à l'origine de l'apprentissage.

Lors de l'enseignement, Merieu s'accorde avec Vygotski sur l'utilisation d'une « situation problème » autour de laquelle il faudrait regrouper des apprenants pour qu'ils cherchent ensemble une solution. Il s'agirait alors d'une mise en échec du processus d'assimilation pour susciter la réflexion du groupe.

### **c) Les travaux de Bruner**

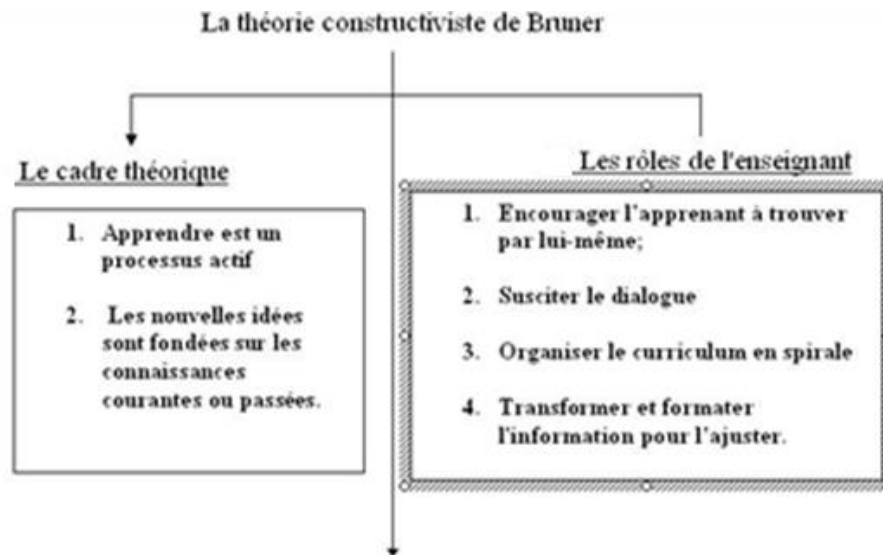
Bruner est la personne qui fait le lien entre le constructivisme de Piaget et l'aspect socio-culturel de Vygostki. Selon lui, les préalables essentiels à l'apprentissage sont la présence d'une motivation intrinsèque de l'apprenant et une maturité psychologie suffisante pour recevoir un apprentissage.

Selon lui, l'apprentissage passe par un mode « *énactif* » : la transmission de l'information est permise par l'action, la manipulation des données de façon à leur donner

---

<sup>10</sup> « *Qui n'est pas symétrique* » selon le dictionnaire Larousse, c'est-à-dire qui ne va pas dans le même sens (divergence d'opinions par exemple)

un sens, une symbolique. Par ailleurs, cumulée à cette nécessité d'être actif, Bruner traite de l'importance du partage de l'information : « *Ce qui est unique pour l'Homme est que son développement, en tant qu'individu, dépend de l'histoire de son espèce (...) à celle qui est reflétée dans une culture qui est à l'extérieur de sa vie et qui dépasse la capacité de chaque individu* » (1971).



En définitif, les approches cognitivistes et behavioristes présentent chacune leurs avantages et leurs inconvénients. Ces théories s'accordent sur le fait que la motivation de l'apprenant et son intérêt pour l'activité proposée sont nécessaires pour tout apprentissage. C'est pourquoi, dans cette dernière partie théorique, je m'attacherai à vous présenter le Modèle de l'occupation Humaine.

### **III. Modèle de l'Occupation humaine (MOH)**

Le modèle de l'occupation humaine (MOH) est un modèle qui a été développé par Gary Kielhofner en 1975. « *Le Modèle de l'Occupation Humaine s'intéresse à la signification des activités chez l'être humain* » (Meyer, 1997). Il permet de mieux comprendre l'importance de l'activité pour la personne et de mesurer son rendement et ses capacités d'adaptations lorsqu'elle réalise une activité, le tout en lien avec l'environnement.

Il s'agit d'un modèle qui permet de percevoir la personne sous un aspect global (vision holistique, Cohen et Farkas, 1997) tout en tenant compte de ses interactions avec les autres acteurs et avec l'environnement (approche systémique, Edwards, 2000). Kielhofner (2007)

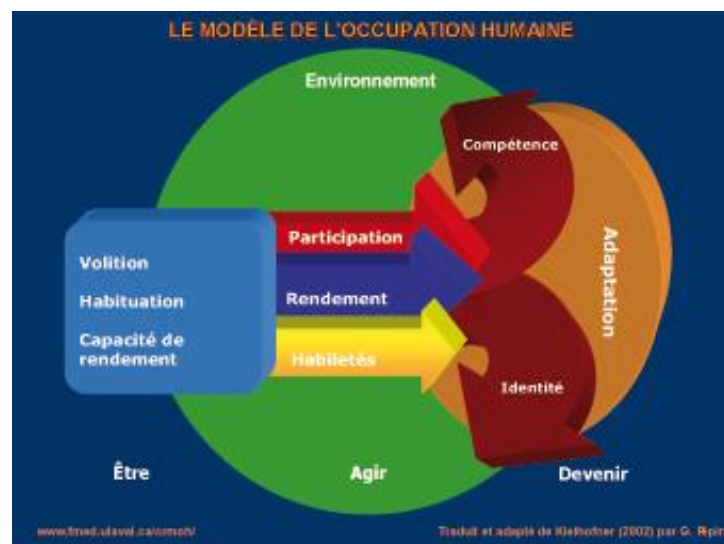


définit l'occupation humaine comme « *la réalisation des activités de la vie quotidienne, du travail et des loisirs d'une personne, dans un espace-temps délimité, un environnement physique précis et un contexte culturel spécifique* ».

L'utilisation du MOH peut répondre à plusieurs objectifs :

- Mieux comprendre le fonctionnement occupationnel de la personne
- Evaluer l'engagement de la personne dans son activité et mettre en place un traitement ergothérapique spécifique au regard des résultats
- Permettre l'accompagnement de la personne dans un processus de changement et de réorganisation de ses activités [6]
- Utiliser des outils qui facilitent la participation active de la personne dans sa démarche de soin, la rendant ainsi actrice

Lorsque la personne sélectionne ses activités, son choix est modulé par la volition, l'habitude et le rendement, chaque élément étant indissociable des autres et en lien avec le contexte environnemental : « *Le modèle de l'occupation humaine intègre une série de concepts en lien avec la motivation, l'organisation et le rendement de la personne dans la réalisation de ses occupations, en interaction avec son environnement* » (Kielhofner, 2004).



- La volition :

Marie-Chantal Morel-Bracq (2009) qualifie la volition comme la motivation du sujet à choisir une activité, ainsi que comme le processus d'aboutissement du choix dans les activités. Cette dernière est influencée par la conscience qu'a la personne de ses capacités, par ses valeurs, par sa morale et par ses intérêts [6].

La volition peut être divisée en trois composantes que sont les déterminants personnels<sup>11</sup>, les valeurs<sup>12</sup> et les intérêts<sup>13</sup> portés à l'activité. Elle sollicite la mise en œuvre de procédures de choix, d'engagement, d'expérimentation et d'interprétation de l'activité.

L'étude de la volition permet de déterminer comment la personne se motive à agir (Kielhofner, 2002).

- L'habituatation

L'habituatation correspond aux processus qui permettent d'organiser et de faciliter la vie quotidienne et qui lui confèrent un caractère familier (M.C. Morel, 2009) [6]. Des comportements semi-automatiques et des routines sont alors mis en place pour s'adapter rapidement aux situations sans qu'il y ait un coût énergétique important (Forsyth et Kielhofner, 2003).

L'habituatation peut être décomposée en deux éléments constitutifs. Le premier est les habitudes de vie : il s'agit des comportements répétitifs que nous avons développés dans les environnements constants qui nous sont familiers. Elles sont influencées par notre culture et nos valeurs. Le second est les rôles sociaux : ce sont les habitudes acquises liées à notre position sociale, à notre relation avec l'environnement humain. Ils font partie intégrante du processus de socialisation.

L'étude de l'habituatation permet de déterminer comment la personne organise sa routine (Kielhofner, 2002).

- Le rendement

On peut définir le rendement comme l'ensemble des aptitudes que la personne peut utiliser lors de son activité, qu'il s'agisse de fonctions motrices, sensorielles, cognitives, affectives et relationnelles. L'évaluation des capacités de rendement suppose un regard

---

<sup>11</sup> Perception d'une personne au sujet de son efficacité et de sa capacité (Kielhofner, 2002)

<sup>12</sup> Eléments importants et significatifs pour la personne (Kielhofner, 2002)

<sup>13</sup> Plaisir et satisfaction à réaliser l'activité (Kielhofner, 2002)

objectif, qui s'intéresse aux capacités organiques (données quantifiables), et un regard subjectif qui concerne plus particulièrement au ressenti de la personne (données plus abstraites). En s'appuyant sur ces données, on peut alors mesurer la possibilité d'une personne à réussir l'activité en fonction des moyens dont elle dispose (Kielhofner, 2004). Ce dernier nomme l'expérience subjective « *le corps vécu* » et considère que son étude est essentielle pour que la personne détermine son niveau d'engagement. Il s'appuie alors sur l'étude de la répercussion des expériences positives et négatives au cours de l'occupation.

Les constituants que sont la volition, l'habituatation et le rendement sont en constante interaction avec l'environnement.

- L'environnement

Dans le cadre du MOH, on rapporte l'environnement à celui dans lequel la personne réalise son activité. Il peut alors être d'ordre physique (lieu et matériel proposé lors de l'activité) ou d'ordre social (groupe, organisation, interactions entre les personnes).

L'environnement influence la façon d'agir de la personne : il peut apporter des opportunités, des ressources, des exigences et des contraintes [6]. Il peut donc être facilitateur ou contraignant.

Forsyth et Kielhofner (2003) distinguent trois niveaux d'agir dans l'activité :

- la participation, ou implication de la personne dans une activité. Elle est modulée par la perception qu'a la personne de l'activité
- le rendement dans les activités quotidiennes : il s'agit de celui qui est effectif et observable durant l'activité
- les habiletés : elles peuvent être motrices (mobilité, posture, coordination, force ...), procédurales (sollicitent l'organisation, la flexibilité mentale ...), ou d'interaction et de communication (échange d'information, relation à autrui ...).

Cet ensemble est appelé dimension d'agir : elle permet d'adapter les compétences et de définir l'identité de la personne lors de l'activité [6]. Lorsque la personne réalise des activités, la dimension d'agir est à l'initiative du développement des capacités d'adaptations.

## METHODOLOGIE

### **I. But de l'étude**

Le but de mon étude est d'identifier les moyens qui sont proposés par l'ergothérapeute pour permettre l'inclusion sociale de l'enfant Asperger en milieu scolaire ordinaire de 1<sup>er</sup> degré. Ainsi, je pourrai mesurer si les pratiques utilisées sont en adéquation avec les recommandations HAS et avec la demande de la population.

Aujourd'hui, peu d'ergothérapeutes accompagnent des enfants Asperger et d'autant moins au sein de leur établissement scolaire. L'identification de leurs pratiques me permettra de définir sur quels champs ce professionnel peut travailler avec cette population.

### **II. Choix de la méthode**

Pour répondre à ma question de recherche, plusieurs choix d'études se sont offerts à moi. J'ai décidé d'utiliser une méthode de recherche appliquée clinique.

M'intéressant à l'exercice de l'ergothérapie dans un cadre spécifique et non plus généraliste, la méthode appliquée m'a parue plus pertinente.

De plus, l'approche clinique me permet d'entreprendre une démarche qualitative et de laisser les ergothérapeutes s'exprimer sur les méthodes qu'ils utilisent, dans quel cadre et pour quelles raisons. Une étude quantitative n'aurait pas été appropriée dans la mesure où peu d'ergothérapeutes travaillent auprès d'enfants d'Asperger, restreignant le nombre de personnes interrogée.

Ainsi, avec une approche appliquée clinique, je pourrai tenir compte des avis des personnes consultées tout en considérant la vision holistique de l'ergothérapeute.

### **III. La population**

Le choix de mon étude a impliqué que j'interroge des ergothérapeutes intervenant auprès d'enfants Asperger dans le cadre de leur scolarité. Ils devaient donc mettre en place des actions permettant l'inclusion scolaire de l'enfant.

J'ai choisi d'inclure dans ma population tout ergothérapeute accompagnant au moins trois enfants Asperger et intervenant au sein d'une école ordinaire de 1<sup>er</sup> degré. Leur intervention doit avoir pour but de faciliter l'inclusion scolaire de l'enfant.

#### **IV. Choix des outils**

L'entretien m'a parue l'outil le plus pertinent pour réaliser mon étude. J'ai choisi de le réaliser de façon semi-directive pour laisser les ergothérapeutes s'exprimer plus librement sur ce qui leur semble important, et ainsi identifier clairement les moyens d'accompagnement qu'ils considèrent comme indispensables. Je ne voulais pas que les questions soient trop ciblées et prendre le risque d'orienter les réponses de mon interlocuteur. Par rapport à un entretien non directif, l'entretien semi-directif m'a permis de canaliser les échanges et le discours.

Dans un premier temps, les questions posées à mon interlocuteur étaient très générales et me permettaient de reconstituer le contexte. Le corps de l'entretien a ensuite été élaboré à partir de la matrice théorique (Annexe V) selon les indicateurs que j'ai mis en exergue. Elles reprennent donc les trois parties de ma problématique théorique : le modèle systémique, les théories des apprentissages et le modèle de l'occupation humaine.

Lors de mon entretien, je me suis attachée à dégager le contexte d'accompagnement et ait formulé quatre questions principales.

##### Questions préalables :

- *Combien d'enfants Asperger accompagnez-vous actuellement ? Quel est leur âge et leur niveau scolaire ?*

J'identifie la population auprès de laquelle mon interlocuteur exerce et détermine si ses patients correspondent aux critères de mon étude. Connaître la tranche d'âge des enfants me permet également de me faire une idée sur leur maturité psychologique.

- *A quel âge et dans quelles conditions sont-ils diagnostiqués ?*

Comme je l'ai développé dans ma partie pratique, la précocité et les conditions de diagnostic sont des facteurs qui influencent l'évolution de l'enfant. Il me semblait alors important d'identifier cet élément qui peut modifier les modalités d'accompagnement.

- *Ont-ils été ou sont-ils institutionnalisés ? Si oui, pourquoi ?*

Ici, je tente de savoir si le contexte est ou n'est pas favorable au développement de l'enfant et de déterminer si l'institutionnalisation a permis à l'enfant de préparer sa scolarisation.

- *Sont-ils nombreux à aller à l'école ordinaire ? Si oui, sont-ils dans des classes qui correspondent à leur niveau d'âge ?*

Cette question me permet de définir si je peux inclure mon interlocuteur dans mon étude, ou éventuellement tenir compte qu'il travaille avec un nombre restreint d'enfants Asperger. Par ailleurs, savoir si les enfants sont dans leur classe d'âge m'informe sur d'éventuelles difficultés qui nécessitent le redoublement, ou s'ils sont avec des enfants plus âgés, creusant davantage les différences avec leurs camarades.

- *Quels sont les objectifs et les moyens de votre prise en charge ?*

Grâce à cette question, je définis dans quelles conditions les ergothérapeutes interviennent, pour quelles raisons, dans quel but et ce qu'ils mettent en place. Elle est posée de façon à ce que les ergothérapeutes traitent de l'essentiel.

- *Avez-vous eu une formation complémentaire ?*

Ici, je veux savoir si les ergothérapeutes ont des compétences supplémentaires et une formation spécifique pour accompagner l'enfant Asperger. Je ne m'intéresse pas à la notion de crédibilité mais à celle de spécialisation.

Question 1 : « *Dans le cadre de l'accompagnement des enfants Asperger, est-ce que vous interagissez avec d'autres personnes ? Si oui, avec qui ?* »

Cette première question est en lien avec le modèle systémique. Elle me permet d'identifier avec quels acteurs l'ergothérapeute échange et selon quelles modalités. En posant une question qui reste globale, je peux vérifier s'ils considèrent que leur relation avec l'enseignant est importante ou non. Puisque mes interlocuteurs sont informés de l'objet de mon étude, ils savent que je m'intéresse tout particulièrement au lien entre l'ergothérapeute et l'enseignant. Ainsi, cette donnée les informe sur ce que j'attends comme élément de réponse et canalise leur discours.

Question 2 : « *En ce qui concerne les apprentissages, quelles modalités relationnelles adoptez-vous avec l'enfant ? Est-ce que vous êtes plutôt directif ou est-ce que vous le laissez prendre des initiatives ?* »

Cette seconde question me permet de définir quelle approche l'ergothérapeute aura vis-à-vis des apprentissages, déterminer s'ils utilisent une méthode plus behavioriste ou

cognitiviste et s'ils privilégient le programme TEACCH ou ABA. Je pourrai alors déterminer dans quel cadre ils privilégient une méthode plus qu'une autre, et pour quelles raisons.

Question 3 : « *Quels moyens utilisez-vous pour encourager l'enfant à participer aux activités que vous lui proposez et à se joindre à un groupe social, au sein de l'école notamment ?* »

Cette dernière question, en lien avec le modèle de l'occupation humaine, me permet de déterminer quels processus motivationnels l'ergothérapeute utilise pour solliciter l'enfant et le rendre acteur de sa prise en charge. Sur le plan social, je veux savoir comment les ergothérapeutes parviennent à conduire l'enfant à entrer en relation avec les autres, et ainsi initier son inclusion sociale.

Question 4 : « *Quels sont les facteurs essentiels dont vous tenez compte pour la réussite de la scolarisation de ces enfants ?* »

La dernière question de mon entretien reste très globale. Elle permet à mon interlocuteur de revenir sur les points qui lui paraissent très importants et qu'il n'a pas forcément pu aborder ou développer au cours de l'entretien. Ainsi, je clos mon interview avec une question qui reste très ouverte et qui permet à l'ergothérapeute de s'exprimer plus librement.

## **V. Les entretiens**

Les ergothérapeutes exerçant auprès d'enfants Asperger dans un cadre scolaire sont peu nombreux en France : j'ai donc éprouvé de grandes difficultés pour les contacter. Via l'annuaire téléphonique, j'ai appelé des ergothérapeutes travaillant au sein de structures mobiles ainsi que des libéraux. Après être passée par de nombreux intermédiaires et avec seulement un entretien qui ait abouti, j'ai téléphoné aux Centres Ressources Autisme où un ergothérapeute a accepté de répondre à mes questions. J'ai donc pu réaliser deux entretiens téléphoniques étant donné l'éloignement géographique entre les ergothérapeutes et moi-même.

Les entretiens devaient être enregistrés avec l'accord du professionnel et durer au maximum quarante-cinq minutes. L'interlocuteur conserve son anonymat et l'entretien est retranscrit de façon à rester le plus fidèle possible à la réalité (Annexe VI).

## RESULTATS

En vue d'analyser mes résultats, j'ai dans un premier temps pensé à utiliser le logiciel « dico » (relevant les mots les plus cités au regard de chaque question) qui me permet d'effectuer une démarche d'étude quantitative. Toutefois, m'appuyant sur des entretiens, cette méthode ne m'aurait pas permis d'obtenir des résultats très pertinents. J'ai donc choisi d'entreprendre une analyse qualitative de mes entretiens.

### **I. Présentation des entretiens**

#### Le premier entretien : ergothérapeute n°1

Le premier entretien a été réalisé auprès d'un ergothérapeute libéral exerçant dans la région Rhône-Alpes. Il s'agit d'une femme âgée de 54 ans diplômée en 1982. Nous nous sommes donc entretenues au téléphone pendant trente-cinq minutes. Chaque semaine, elle accompagne six enfants Asperger d'une moyenne d'âge de huit ans : elle intervient essentiellement à l'école. Cette prise en charge s'étend généralement sur l'ensemble de la scolarité de premier degré. Ces derniers n'ont jamais été institutionnalisés et sont tous scolarisés en milieu ordinaire dans une classe qui correspond à leur tranche d'âge : ils ne sont pas en situation d'échec. La moitié de ces enfants a été immédiatement bien orientée et diagnostiquée. L'autre moitié s'est vue poser plusieurs diagnostics (psychoses infantiles entre autres) et les démarches ont été beaucoup plus longues. Globalement, ses objectifs sont d'améliorer les aptitudes graphiques, permettre aux autres enfants de la classe de comprendre la pathologie et améliorer les compétences sociales et relationnelles (lorsque d'autres professionnels ne le font pas). Cette professionnelle a été formée aux techniques sensorielles et aux applications des pressions profondes.

#### Le second entretien : ergothérapeute n°2

Le second entretien a été réalisé auprès d'un ergothérapeute travaillant au Centre Ressource Autisme de la région Centre – Val de Loire. C'est un homme âgé de 37 ans et a été diplômé en 2001. Nous nous sommes entretenus au téléphone pendant vingt-cinq minutes. Il a travaillé auprès d'une trentaine d'enfants diagnostiqués Asperger d'un niveau ULIS à un niveau universitaire. Parmi eux, il a accompagné cinq enfants qui étaient scolarisés à l'école ordinaire de premier degré. Leur diagnostic a été posé précocement (cinq ans environ) et sans trop de difficulté. Certains ont été institutionnalisés à l'hôpital de



jour dans le but de préparer leur scolarisation. Les objectifs décrits par l'ergothérapeute sont de faciliter les apprentissages et l'accès à la vie sociale. Les moyens qu'il met en regard sont la structuration de l'environnement et la prise en charge des habiletés sociales. Il n'a pas suivi de formation complémentaire.

## II. Résultats bruts et analyse transversale

Pour chaque entretien et pour chaque question, j'ai donc relevé les éléments de réponse importants. Ces données constitueront les résultats que je décrirai dans la partie suivante. Je vous présenterai donc les résultats bruts recueillis via une étude transversale.

Question 1 : « Dans le cadre de l'accompagnement des enfants Asperger, est-ce que vous interagissez avec d'autres personnes ? Si oui, avec qui ? »

	Ergothérapeute n°1	Ergothérapeute n°2
Idées-clefs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipe pluridisciplinaire (psychologue, orthophoniste, psychomotricien, médecin, enseignants, éducateurs, parents, AVS)</li> <li>- Temps d'échange avec les enseignants</li> <li>- Actions communes avec l'enseignant</li> <li>- Présentation de la pathologie aux enfants</li> <li>- Investissement de l'enseignant nécessaire</li> <li>- Implication des parents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipe pluridisciplinaire (psychiatre, pédopsychiatre, médecin généraliste, ORL, neurologue, pédiatre, neuropsychiatre, psychomotricien, orthophoniste, psychologue, neuropsychologue, infirmière, infirmière puéricultrice, assistante sociale, éducateur spécialisé, AMP<sup>14</sup>, vidéaste, enseignants)</li> <li>- Transmission d'informations et de conseils avec l'enseignant</li> <li>- Mise en place d'aménagements avec l'enseignant (aménagement de l'espace, TEACCH, outil informatique)</li> <li>- Temps d'échange avec l'enseignant</li> <li>- Implication des parents</li> </ul>

<sup>14</sup> Assistant médico-psychologique

Commentaire	Les deux ergothérapeutes s'accordent sur la nécessité d'un travail en équipe pluridisciplinaire et de l'implication des parents. Ils précisent aussi sur l'importance de la collaboration avec l'enseignant dans le cadre de la scolarité (implication, temps d'échange et actions communes). L'ergothérapeute n°1 insiste sur l'information des enfants tandis que le n°2 sur l'aménagement de l'environnement.
-------------	--

Question 2 : « En ce qui concerne les apprentissages, quelles modalités relationnelles adoptez-vous avec l'enfant ? Est-ce que vous êtes plutôt directif ou est-ce que vous le laissez prendre des initiatives ? »

	Ergothérapeute n°1	Ergothérapeute n°2
Idées-clefs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Approche individuelle selon l'enfant (évolution de la relation, niveau de réceptivité, besoins)</li> <li>- Approche individuelle selon la demande des parents</li> <li>- Préférence pour la méthode TEACCH</li> <li>- Recherche de l'épanouissement et de l'aptitude à recevoir un enseignement</li> <li>- Permettre à l'enfant de rentrer dans son rôle scolaire</li> <li>- Pas de moyens spécifiques</li> <li>- Travail autour des situations difficiles rapportées (par l'enfant, par l'enseignant, par la famille)</li> <li>- Pas de séances de groupe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientation neuro-développementale (TEACCH) (enfants acteur, sollicitation de la communication et de l'interaction)</li> <li>- ABA si déjà mise en place</li> <li>- Réorganisation des consignes et du séquençage (pour favoriser l'autonomie de l'enfant)</li> <li>- Adaptation de l'environnement</li> <li>- Recommandations HAS (détermine les objectifs mais permet d'avoir une approche individualisée)</li> <li>- Mise en place de séances de groupe (remédiation cognitive, habiletés sociales)</li> </ul>

Commentaire	L'ergothérapeute n°1 utilise une approche plus individualisée et plus ciblée sur la demande de l'enfant et des parents, tandis que l'ergothérapeute n°2 utilise essentiellement l'approche TEACCH. Au niveau des apprentissages, l'ergothérapeute ne dispose pas de moyens spécifiques mais vise l'épanouissement de l'enfant et son inclusion scolaire. L'ergothérapeute n°2 agit surtout au niveau de l'adaptation de l'environnement et des consignes.
-------------	---

Question 3 : *Quels moyens utilisez-vous pour encourager l'enfant à participer aux activités que vous lui proposez et à se joindre à un groupe social, au sein de l'école notamment ? »*

	Ergothérapeute n°1	Ergothérapeute n°2
Idées-clefs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Approche individuelle : pas de moyens spécifiques</li> <li>- Pas de réels résultats sur l'interaction</li> <li>- Dynamique de groupe</li> <li>- Contextes qui les poussent à s'intégrer</li> <li>- Pas de notion de plaisir</li> <li>- Motivation permet une meilleure situation de réussite</li> <li>- Résultats des processus motivationnels variables (mieux si l'enfant a compris l'intérêt de la prise en charge, dépend du niveau de maturité et d'élaboration sociale)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Approche individuelle (adaptée à la personne, à sa pathologie et à son expression de l'autisme)</li> <li>- Evitement si rapports sociaux plus difficiles (structuration de l'environnement pour permettre l'isolement)</li> <li>- Stratégies d'apaisement (rituels)</li> <li>- Accompagnement de l'enfant dans les situations de rencontres sociales (progressif)</li> <li>- Résultats des processus motivationnels variables (dépend de la maturation cognitive de l'enfant)</li> </ul>
Commentaire	Les ergothérapeutes s'accordent sur la nécessité d'une approche individuelle. Chacun obtient des résultats variables selon le niveau de maturation de l'enfant. Le 1 <sup>er</sup> pousse l'enfant à avoir des contacts sociaux tandis que le 2 <sup>ème</sup> met en place des stratégies d'évitement si nécessaire, et accompagne l'enfant dans les situations sociales de façon très progressive.	

Question 4 : « *Quels sont les facteurs essentiels dont vous tenez compte pour la réussite de la scolarisation de ces enfants ?* »

	Ergothérapeute n°1	Ergothérapeute n°2
Idées-clefs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implication des parents</li> <li>- Ressources des parents (intellectuelles, financières, temps)</li> <li>- Ouverture et flexibilité de l'équipe scolaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluation de l'enfant</li> <li>- Echange d'information (famille, enseignants, soignants)</li> <li>- Structuration</li> <li>- Motivation (enfants, enseignants, parents ...)</li> </ul>
Commentaire	<p>L'ergothérapeute n°1 et l'ergothérapeute n°2 sont d'accord sur l'importance de l'implication et de l'équipe scolaire et de la famille. Le 1<sup>er</sup> ergothérapeute s'attache plus à l'environnement familial de l'enfant tandis que le 2<sup>nd</sup> parle de l'importance de la structuration de l'environnement physique et social de façon plus générale. En ce qui concerne la motivation et l'implication, contrairement au second, le premier ergothérapeute n'aborde pas celle de l'enfant mais plus celle des parents et de l'équipe scolaire.</p>	

## DISCUSSION

### **I. Analyse théorique**

Suite aux entretiens et après avoir recueilli et mis en évidence les résultats, je vais m'attacher à les analyser en lien avec mon étude et ma problématique théorique.

#### **1. Le modèle systémique**

Dans le cadre de cette étude on définira comme système étudié le milieu scolaire de l'enfant Asperger. Les ergothérapeutes interrogés ont cité comme acteurs les professionnels médico-sociaux, l'équipe pédagogique et la famille. Ces derniers sont donc inclus dans le système, au même titre que l'enfant.

La multiplicité des acteurs et l'influence qu'ils peuvent avoir les uns sur les autres, leurs modalités d'interactions très variables et les facteurs environnementaux rendent l'analyse du système très complexe. Afin d'intervenir, les ergothérapeutes doivent alors utiliser une approche systémique.

Les ergothérapeutes s'accordent sur l'importance du travail en équipe pour permettre l'inclusion scolaire de l'enfant Asperger. Ils agissent à différents niveaux du système pour permettre une prise en charge optimale.

#### **- L'évaluation**

Comme je l'ai décrit dans ma problématique pratique, l'ergothérapeute est un professionnel qui peut évaluer les capacités et incapacités de l'enfant. De façon à définir le diagnostic ergothérapique, il doit aussi identifier la problématique qui freine son inclusion scolaire. Pour recueillir les informations, les ergothérapeutes interrogés s'adressent à l'enfant (qui aborde peu ses difficultés), aux parents et aussi aux enseignants. Ces derniers témoignent de situations que l'enfant n'a pas su gérer, et représentent alors une ressource essentielle à l'évaluation de ses besoins. Pour évaluer les difficultés, l'ergothérapeute peut aussi s'appuyer sur ses propres observations et sur les bilans réalisés par l'équipe soignante ou par lui-même. Ainsi, en vue d'identifier la problématique dans laquelle l'enfant s'inscrit, l'ergothérapeute interagit avec l'ensemble du système pour avoir une vision globale de la situation. Le deuxième ergothérapeute interrogé a défini l'évaluation de

l'enfant comme l'une des modalités indispensables à son inclusion scolaire, cette dernière se réalisant avec une approche systémique.

- Information de l'enseignant et des autres élèves

Le référentiel d'activité de l'ergothérapeute, présenté dans la problématique pratique, lui confère une aptitude à former et informer différents publics. Lorsque l'ergothérapeute intervient au sein du cadre scolaire, avec l'accord des parents, il peut être amené à expliquer aux enseignants et aux enfants de la classe la pathologie de l'enfant qu'il accompagne. De cette façon, ces derniers comprennent plus pourquoi l'enfant Asperger est différent.

Au regard des symptômes de l'enfant et des éventuels troubles associés, l'ergothérapeute peut aussi informer l'enseignant, souvent non formé, quant aux démarches pédagogiques qu'il peut adopter pour faciliter ses apprentissages des personnes en situation de handicap.

En agissant sur d'autres acteurs, l'ergothérapeute peut alors faciliter l'acceptation de l'enfant au sein du système.

- Implication des proches et de la famille

L'implication des proches est essentielle à l'inclusion scolaire de l'enfant : en effet, les ergothérapeutes l'identifient comme un élément facilitateur. De plus, ce professionnel a besoin de l'autorisation des parents pour entreprendre des démarches au sein de l'établissement scolaire. La famille, bien que n'intervenant pas directement à l'école, peut être impliquée dans la démarche d'inclusion.

- Mise en place d'actions communes

Dans le cadre de son intervention au sein du système scolaire, les ergothérapeutes soulignent l'importance que l'enseignant se sente concerné et soit pleinement impliqué dans la démarche d'inclusion de l'enfant Asperger.

En lien avec l'enseignant, l'ergothérapeute peut mettre un place un système de pictogrammes, un ordinateur ou d'autres aides techniques. Il doit expliquer à l'enseignant son intérêt et ses modalités d'utilisation de façon à ce qu'il puisse aider l'enfant en cas de difficulté, et lui proposer l'utilisation de l'objet au moment opportun. L'enseignement prend donc pleinement part aux actions menées par l'ergothérapeute.

Par ailleurs, l'ergothérapeute peut agir auprès de l'enfant lui-même. A travers les actes de rééducation, de réadaptation et de réinsertion qu'il lui propose, il peut faciliter ses apprentissages et l'aider à s'intégrer sur le plan social. Ces actions sont menées en lien avec celles des autres professionnels médico-sociaux de façon à travailler en complémentarité.

Les acteurs du système peuvent donc moduler l'impact des actions menées par l'ergothérapeute.

- Aménagement de l'environnement

L'ergothérapeute peut proposer des aménagements pédagogiques ainsi que de l'environnement selon la méthode TEACCH. Il s'agirait alors de concevoir des espaces où les conditions d'apprentissages sont optimales, tenant compte des particularités sensorielles et des troubles sociaux et praxiques de l'enfant. L'implication de l'enseignant est alors essentielle puisque l'ergothérapeute transforme son espace de travail.

Aujourd'hui, l'une des problématiques gouvernementale est de déterminer les conditions pour que la scolarité de l'enfant se déroule au mieux. Ces conditions dépendent du système lui-même et de facteurs environnementaux. Pour les moduler, l'ergothérapeute doit étudier ces différents facteurs et identifier quelle est leur influence. L'approche systémique fait donc partie intégrante de la démarche ergothérapique.

## **2. Les théories des apprentissages**

Les théories des apprentissages que sont le béhaviorisme et le cognitivisme permettent de définir quelles approches l'ergothérapeute peut entreprendre avec l'enfant Asperger. En effet, cette population a une relation à l'apprentissage qui est différente des autres publics.

- Approche béhavioriste ou cognitiviste ?

Les ergothérapeutes disent favoriser généralement l'approche neuro-développementale parce qu'ils la jugent plus en adéquation avec les principes de la profession : les enfants sont considérés comme acteurs de la prise en charge et l'ergothérapeute sollicite ses capacités à communiquer et à interagir.

L'ergothérapeute s'appuie généralement sur l'approche comportementale (ou behavioriste) pour aider l'enfant à manifester des comportements sociaux qui sont adaptés et à limiter les stéréotypies. Il se servira alors des techniques de conditionnement.

Les ergothérapeutes qui exercent au sein d'une structure se voient parfois imposer l'approche qu'ils vont utiliser. Toutefois, ceux qui travaillent de façon plus autonome peuvent adapter l'approche selon les besoins des enfants et le souhait des parents.

- TEACCH ou ABA ?

TEACCH et ABA, décrits dans la problématique pratique, sont des programmes utilisés pour travailler auprès des enfants autistes recommandés par la HAS. Le programme ABA repose sur la théorie behavioriste et est utilisé essentiellement pour aider l'enfant à manifester des comportements adaptés. TEACCH envisage l'accompagnement de l'enfant au travers de l'aménagement de son environnement.

Les ergothérapeutes disent choisir la méthode ABA ou TEACCH selon les besoins spécifiques des enfants. Toutefois, les professionnels interrogés affirment avoir une préférence pour la méthode TEACCH. ABA est alors généralement utilisée si les parents en ont explicité la demande, si l'enfant a déjà suivi le programme, ou si les difficultés de l'enfant proviennent essentiellement d'un comportement inadapté.

- Objectifs liés aux apprentissages

D'après mes résultats, les apprentissages sont utilisés en vue de répondre à plusieurs objectifs. Ces derniers sont préconisés par les recommandations HAS, puis modulés selon la problématique individuelle, les besoins et les acquis de l'enfant.

Ce qui est recherché en premier lieu est d'améliorer la relation qu'a l'enfant à vis-à-vis des apprentissages, c'est-à-dire qu'il soit apte à recevoir un enseignement et rendre sa scolarité la plus agréable possible. Le but est aussi de lui transmettre les prérequis aux apprentissages et de créer une bonne dynamique autour des rapports sociaux. La finalité est alors de permettre à l'enfant de rentrer dans son rôle scolaire.

- Moyens utilisés pour favoriser les apprentissages

Les ergothérapeutes interrogés disent adapter leurs moyens selon les besoins de l'enfant. Les professionnels que j'ai interrogés s'appuient sur des méthodes relativement différentes.



Le premier ergothérapeute dit ne pas utiliser de méthode spécifique mais intervenir selon le caractère individuel de l'enfant. Ainsi, il adapte son environnement social au travers d'actions d'information, et travaille avec lui sur les notions de comportements sociaux.

Le deuxième ergothérapeute entreprend une démarche réellement neuro-développementale. C'est l'enfant qui choisit l'activité et le professionnel qui s'appuie sur ce choix afin de travailler les notions de communication. Cette technique suscite la motivation intrinsèque de l'enfant qui, selon le cognitivisme, est pré-requise à tout apprentissage. Lorsque ce dernier est en difficulté, il lui laisse un temps pour qu'il puisse entreprendre une démarche de recherche de solution. Ce n'est qu'ensuite qu'il propose des adaptations de la consigne, de l'activité ou encore de l'environnement physique (méthode TEACCH). Prochainement, il envisage de mettre en place des séances de groupe pour solliciter la communication et l'interaction des enfants autour de l'activité. Ainsi, il adoptera une méthode interactionniste

En définitif, les technique d'apprentissages utilisées par les ergothérapeutes ne s'inscrivent pas dans un modèle spécifique. Pour entreprendre un accompagnement personnalisé, ils s'adaptent aux besoins de l'enfant et à la demande des parents.

### **3. Le modèle de l'occupation humaine**

Sur un méthodique, le MOH permet à l'ergothérapeute de déterminer comment engager la personne dans une nouvelle activité et ainsi d'optimiser sa participation active de répondre à ses besoins.

#### **- Processus motivationnels utilisés**

Afin de motiver l'enfant à participer aux activités qu'il propose, l'ergothérapeute doit agir sur la motivation. Pour ce, il utilise une approche individuelle qui est adaptée à la personne (valeurs, intérêts) et à l'expression de son autisme.

De façon à encourager la personne à entrer en activité, les ergothérapeutes adaptent l'environnement pour créer un contexte favorable aux échanges sociaux et aux apprentissages. Ils créent des espaces où l'enfant se sent apaisé et ne ressent pas de la frustration, modifiant ainsi son rapport à l'activité. Le contexte est ensuite très progressivement modifié pour conduire l'enfant à être en situation d'expérimentation et développer ses capacités sans pour autant le perturber (maintien des habitudes).

Si l'enfant n'est pas prêt à réaliser l'activité, l'ergothérapeute met en place des stratégies d'évitement pour ne pas la rapporter à une mauvaise expérience et mettre l'enfant en situation d'échec. Un travail individuel est effectué sur ses difficultés pour que l'enfant se sente plus apte à participer.

- Importance de la motivation

Les ergothérapeutes interrogés s'accordent sur le fait que, lorsque les enfants sont motivés par l'activité proposée, ils sont en meilleure situation de réussite. Le rendement des patients est particulièrement amélioré lorsqu'ils sont suffisamment matures pour comprendre l'intérêt de la prise en charge. Toutefois, les processus motivationnels utilisés par les ergothérapeutes ne sont pas suffisants pour permettre à l'enfant de rentrer en réelle interaction avec ses pairs. Ils ont une approche des relations humaines particulière qui fait qu'ils n'éprouvent pas de plaisir à communiquer avec les autres. Le sens et l'importance qu'ils accordent à ces contacts ne sont pas les mêmes que ceux des personnes non autistes.

Ainsi, comme le MOH le précise, la motivation influe sur le rendement de la personne ainsi que sur sa participation. L'ergothérapeute s'appuie alors sur les habitudes de la personne, sur ses valeurs, sur ses envies, ses habiletés, et crée un environnement favorable à la réalisation de nouvelles activités.

#### **4. Réponse à ma question de recherche**

Avant d'entreprendre ce travail de recherche, je m'interrogeais sur les moyens que les ergothérapeutes mettaient en place pour permettre l'inclusion scolaire d'un enfant Asperger en milieu ordinaire de premier degré. Pour répondre à ma question, le lien que j'ai fait entre mes données pratiques, théoriques et les résultats de mon étude m'ont permis de mettre en évidence plusieurs facteurs.

Pour accompagner un enfant avec Asperger, les ergothérapeutes s'appuient sur les recommandations de l'HAS qui s'adressent plus globalement à l'autisme. Ce référentiel permet de cadrer leur pratique en décrivant les moyens dont l'efficacité a été prouvée. Toutefois, ils entreprennent une démarche de soin qui reste personnalisée et adaptée aux besoins de l'enfant. Les professionnels libéraux sont plus amenés à proposer des moyens

d'accompagnement variés car ils doivent répondre à la demande des parents et parce qu'ils ne s'inscrivent pas dans méthodologie imposée par l'établissement.

Ces besoins sont établis au travers d'évaluations, qu'elles soient formelles ou informelles. L'ergothérapeute réalise ses propres bilans et étudie ceux des autres professionnels du corps médical. Il observe également l'enfant pour déterminer son mode de fonctionnement. Par ailleurs, il recueille des informations auprès des enseignants et de la famille pour déterminer quelles sont les situations pour lesquelles l'enfant est en difficulté. Il s'intéresse également à son évolution, tant sur ses progrès que sur ses lacunes persistantes, afin de réajuster sa prise en charge si nécessaire.

L'ergothérapeute agit au sein d'une équipe : il travaille donc en collaboration avec l'ensemble des professionnels qui accompagnent l'enfant, tant soignants qu'enseignants, et avec la famille. Il est donc crucial qu'il permette l'implication de chacun de ces acteurs. L'implication des parents induit une pérennisation des soins au domicile. Ils peuvent s'investir tant sur le plan personnel que financier, et sont initiateurs des démarches de soins. L'implication des enseignants accroît les possibilités d'intervention de l'ergothérapeute au sein de l'établissement scolaire. Lorsque l'équipe pédagogique est ouverte aux propositions du professionnel, les transmissions d'informations, la mise en place des différents aménagements et l'accompagnement de l'enfant sur un plan fonctionnel sont nettement plus efficaces. De façon à améliorer cet investissement, l'ergothérapeute communique et informe ces personnes. Il leur explique le fonctionnement de l'enfant, pourquoi il éprouve des difficultés à réaliser certaines activités et comment l'accompagner pour qu'il les réussisse. Il justifie aussi l'intérêt des aides techniques et des aménagements qu'il propose de façon à ce qu'ils soient efficaces et bien utilisés dans l'établissement et au domicile.

Pour que l'enfant soit accepté par ses camarades de classe, avec l'autorisation des parents pour lever le secret médical, l'ergothérapeute entreprend une démarche d'information. Il leur explique pourquoi et en quoi l'enfant est différent d'eux, pourquoi il a du matériel adapté et pourquoi des mesures sont mises en place uniquement pour lui. Cette mesure est prise à chaque rentrée de façon à ce que les autres élèves comprennent l'origine des troubles du comportement et des relations sociales de l'enfant Asperger, et ainsi qu'ils le rejettent moins.

L'ergothérapeute, toujours en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire, met en place des soins de rééducation, de réadaptation et de réinsertion. Dans le cadre d'une inclusion scolaire, il peut s'agir de la réalisation d'un travail sur l'écriture, sur différentes praxies et sur les relations sociales. L'amélioration de ces compétences permet à l'enfant d'avoir les prérequis nécessaires pour suivre les différents enseignements et de s'intégrer dans la classe sur le plan social. Par ailleurs, il aménage aussi l'environnement et le bureau de l'enfant de façon à ce qu'il se sente au mieux dans la classe. Ces adaptations peuvent se réduire à la mise en place d'une aide à l'écriture (stylo grossi, ordinateur), au remaniement des supports pédagogiques pour qu'ils soient plus adéquats (en lien avec l'enseignant), ou à la structuration de l'espace (bureau isolé des autres, diminution des stimulateurs sensoriels). Un système de routines peut aussi être élaboré pour diminuer l'anxiété de l'enfant et rendre le lieu des apprentissages plus agréable. Des méthodes du programme TEACCH sont alors appliquées au milieu scolaire.

Les différents ergothérapeutes disent favoriser l'approche neuro-développementale. Toutefois, ils utilisent aussi des méthodes qui sont issues du comportementisme, tels le conditionnement pour limiter l'apparition de certains comportements, et le renforcement avec la stimulation de l'enfant au travers d'encouragements, de félicitations. En ce qui concerne le socioconstructivisme, son application est limitée étant donné les difficultés qu'éprouvent les personnes Asperger à communiquer. La création d'un groupe peut être intéressante pour travailler sur les relations sociales, mais sa constitution doit être réfléchie de façon à être thérapeutique pour chacun des participants.

Enfin, les ergothérapeutes tentent de rendre l'enfant Asperger acteur de ses soins, de le responsabiliser et de travailler sur son autonomie. Sa motivation est influencée par sa maturité et par la compréhension qu'il a de la nécessité de la thérapie. L'ergothérapeute lui explique alors quels sont ses objectifs et l'intérêt des moyens utilisés. Il peut aussi lui laisser le choix des activités et tenter de les structurer pour qu'elles aient un apport thérapeutique. C'est au travers de la relation qu'il tente de développer les habiletés sociales, tout en lui décrivant/expliquant les comportements qui sont jugés comme adaptés par l'ensemble de la population.

Les relations sociales restent une difficulté que l'enfant Asperger peine à surmonter. Sous la sollicitation et les encouragements des ergothérapeutes, il est présent au sein du groupe sans réellement interagir. Lorsque l'enfant est dans l'incapacité d'entrer en communication

et que cette dernière est source d'une grande anxiété, le professionnel met en place des stratégies d'évitement dans un premier temps. Avec l'ensemble de l'équipe, il accompagne l'enfant pour développer ses habiletés sociales, puis progressivement dans une démarche d'inclusion.

En définitif, l'ergothérapeute va permettre l'inclusion scolaire de l'enfant au travers de l'adaptation de l'environnement, de la rééducation de difficultés d'ordre graphique ou praxique par exemple. Toutefois, il n'est peut-être pas le professionnel le plus adapté pour permettre l'intégration sociale.

## **II. Analyse réflexive**

### **1. Limites et critique de mon étude**

Bien qu'ayant mené à terme mon étude, il est certain qu'elle présente des avantages et des limites.

Dans un premier temps, je regrette de ne m'être adressée qu'à des ergothérapeutes et de ne pas avoir recueilli de réponses auprès des autres professionnels (du corps enseignant en particulier), des patients et de leur famille. Cette démarche m'aurait permis d'avoir une vision plus globale sur ce que l'ergothérapeute propose, de déterminer comment ses actions sont perçues par les autres, et de recueillir leur point de vue sur leur efficacité.

Ayant fait le choix de mener une étude qualitative, les résultats que j'ai pu obtenir ne sont pas exhaustifs. En effet, je me suis basée sur les témoignages de seulement deux ergothérapeutes, qui avaient une pratique relativement différente.

De plus, au cours de mes entretiens, les professionnels n'ont pas toujours compris le sens de mes questions. Ces dernières devaient alors manquer de précision et j'aurais dû plus les préparer de façon à ce qu'elles soient compréhensibles de tous, sans pour autant orienter la réponse.

Par ailleurs, les résultats que j'ai recueillis ainsi que les hypothèses que j'ai pu formuler sont influencés par mon interprétation et mes valeurs personnelles, par ma formation ainsi que par mon expérience. Dès lors, les résultats que j'ai obtenus restent contestables.

Toutefois, cette analyse qualitative m'a permis d'identifier les démarches communes de ces ergothérapeutes. Etant donné l'approche globale induit par la profession, ils ne

peuvent appliquer une méthode unique pour l'ensemble de la population Asperger. De plus, la comparaison des entretiens reste riche dans la mesure où les deux ergothérapeutes interrogés exerçaient dans des conditions très différentes. Enfin, l'utilisation d'un entretien semi-directif a facilité l'expression des ergothérapeutes, tout en me donnant la possibilité de les recadrer sur les informations qui me paraissaient pertinentes dans le cadre de mon étude.

## **2. Apports personnels de l'étude**

Sur le plan personnel, mon étude m'a permis de progresser à différents niveaux. J'ai pu acquérir de nouvelles connaissances sur le syndrome autistique et sur les moyens de prise en charge existant. De plus, j'ai pu m'intéresser davantage aux modèles et concepts et mieux comprendre leur utilité. Par ailleurs, cette étude m'a permis d'expérimenter la méthodologie de recherche et développer mon esprit d'analyse.

Toutefois, je pense qu'il reste nécessaire que j'approfondisse l'étude des autres pathologies et des autres modèles conceptuels, que je transpose mes acquis théoriques dans un cadre pratique et que je développe mon expérience professionnelle.

## **3. Ouvertures et perspectives**

Au cours de cette étude, je me suis attachée à identifier comment l'ergothérapeute peut permettre l'inclusion scolaire de l'enfant Asperger.

Lors d'une conférence sur l'autisme (mai 2015) animée par Josef Schovanec, l'ayant interrogé sur le sujet, il a développé plusieurs éléments de réponse. Il a tout d'abord abordé le problème de la formation des enseignants qui ont une connaissance insuffisante sur la pathologie. De plus, il considère que la présence d'une AVS formée auprès de l'enfant serait utile dans la mesure où elle l'aiderait à comprendre les consignes et l'accompagnerait sur le plan social. Par ailleurs, il a traité des aménagements de la classe nécessaires au bien-être de l'enfant dans cet environnement : il s'agirait alors de s'adapter au profil sensoriel de l'enfant autiste. Ce qu'il propose est de restreindre ces stimulations sensorielles en modifiant les sols pour réduire le bruit (moquette), de limiter la promiscuité avec les autres élèves tout en établissant des espaces clos (en vue de diminuer l'anxiété) et de ne pas installer l'enfant au fond de la classe de façon à ce qu'il reste réceptif aux

enseignements. Enfin, Josef Schovanec s'est exprimé sur le sujet de l'adaptation des apprentissages. Il pense que les enseignants devraient s'appuyer sur les acquis de l'enfant et sur ses centres d'intérêt, et utiliser des moyens qui sont appropriés au syndrome autistique (adapter la prosodie du langage ...). Ces enseignements, transmis par l'instituteur ou non, peuvent s'étendre aux codes sociaux pour que l'enfant ne soit plus abusé ou maltraité par ses pairs. Une mère s'est exprimée pour signifier que le harcèlement de son enfant autiste a nettement diminué lorsqu'elle est allée expliquer la « *maladie* » de son fils à ses camarades : Josef Schovanec a rebondi en affirmant que c'était dommage que les parents ne puissent pas plus intervenir au sein de l'école. Selon Mr Schovanec, toutes ces mesures sont utiles, mais il est important de préserver l'identité autistique de l'enfant et de ne pas « *vouloir le faire entrer dans le moule* ».

Les axes d'amélioration développés par Josef Schovanec correspondent, pour la plupart, aux démarches qui sont entreprises par l'ergothérapeute. L'intervention de ce professionnel est en adéquation avec les besoins évoqués par une personne Asperger. Ce travail de recherche pourrait peut-être permettre de développer l'accompagnement des enfants Asperger par un ergothérapeute.

Mon étude m'a donc permis d'identifier les moyens mis en place par l'ergothérapeute pour permettre l'inclusion scolaire de l'enfant Asperger en milieu ordinaire. Plusieurs de ces méthodes ont été étudiées de façon à déterminer si elles sont efficaces ou non. Toutefois, d'autres procédés, comme par exemple l'information des camarades de classe sur l'expression de la pathologie, n'ont pas été explorés. Il serait donc intéressant de mesurer l'efficacité de ces techniques.

Par ailleurs, au regard des autres professions, il serait peut-être profitable de mesurer l'intérêt de l'intervention de l'ergothérapeute pour améliorer les capacités relationnelles de l'enfant Asperger.

## CONCLUSION

Aujourd'hui, suite à la condamnation de la France par le Conseil de l'Europe, des solutions sont recherchées pour permettre une meilleure prise en charge des enfants autistes, en particulier dans le cadre de leur scolarité. Différents plans autismes ont été mis en place et des recommandations rédigées pour guider la pratique des professionnels.

Au cours de cette étude, je me suis intéressée aux méthodes employées par l'ergothérapeute pour faciliter l'inclusion des enfants Asperger dans le milieu scolaire ordinaire de premier degré. Mettant en place des actes de rééducation, de réadaptation et de réinsertion, il agit à différents niveaux pour permettre à l'enfant d'être plus indépendant et autonome dans son rôle d'élève. En adéquation avec les recommandations, il s'appuie sur des programmes élaborés spécifiquement pour le public autiste et agit en complémentarité avec les autres professionnels médico-sociaux et l'équipe pédagogique. Il a aussi un rôle prépondérant quant à l'information des différents acteurs, qu'ils soient parents, soignants, enseignants ou élèves. Enfin, il travaille avec l'enfant sur ses difficultés (graphiques, motrices, sociales) et adapte son environnement pour qu'il s'inscrive dans des conditions d'apprentissages optimales, tout en utilisant une approche individuelle. Toutefois, ces différentes actions ne suffisent pas pour permettre l'inclusion de l'enfant Asperger.

En effet, bien que de nombreuses mesures aient été mises en place, des limites persistent. L'une des principales sur laquelle je souhaite revenir est le fait que les enseignants ne soient pas formés à l'éducation d'enfants en situation de handicap. Ces derniers n'étant pas encore habitués à travailler avec des professionnels médico-sociaux, ils sont parfois réfractaires à l'intervention de ces soignants au sein de leur classe, limitant ainsi nos possibilités d'intervention. D'autre part, bien que la profession d'ergothérapeute soit en plein essor, ils sont peu nombreux à accompagner ce public, en particulier dans le cadre de la scolarité.

De ce fait, dans le cadre de cette politique d'inclusion, on peut se demander s'il ne faudrait pas développer la pratique de l'ergothérapie dans le milieu scolaire ordinaire.



## BIBLIOGRAPHIE

### *Livres*

- [1] ATTWOOD, Tony (2008) : Le syndrome d'Asperger : guide complet. Bruxelles : groupe de Broeck
- [2] COUPECHOUX, Patrick (2004) : Mon enfant autiste : le comprendre, l'aider. Paris : Edition du Seuil
- [3] CRESPIEN, Graciela (2013) : Traitement des troubles du spectre autistique : à la recherche d'un modèle français. Toulouse : Préaut
- [4] LAZARTIGUES, Alain ; LEMONNIER, Eric (2005) : Vivre et comprendre les troubles autistiques : du repérage précoce à la prise en charge. Paris : Ellipses
- [5] LENOIR, Pascal ; MALVY, Joëlle ; BORIER-RETHORE, Chrystelle (2007) : L'autisme et les troubles du développement psychologique. Paris : Masson
- [6] MOREL, Marie-Chantal (2009) : Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux modèles fondamentaux. Marseille : Solal
- [7] SCHOVANEC, Joseph (2012) : Je suis à l'est !. Paris : Pocket

## Articles

[8] ANDREWS, Liz ; ATTWOOD, Tony ; SOFRONOFF, Kate (2013): "Increasing the Appropriate Demonstration of Affectionate Behavior, in Children with Asperger Syndrome, High Functioning Autism, and PDD-NOS". Elsevier, 7,1568-1578  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1750946713001815>

[9] BENAYED, R ; GHARANI, N et al (2005): "Support for the homebox transcription factor gene ENGRAILED 2 as an autism spectrum disorder susceptibility locus." Am J Hum Genet 77(5),851-68 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16252243>

[10] BRADY, Danielle et al (2013): "Conceptual and Perceptual Set-Shifting executive abilities in young adults with Asperger's Syndrome". Elsevier, 7,1631-1637  
[http://www.researchgate.net/publication/258208539\\_Conceptual\\_and\\_Perceptual\\_Set-shifting\\_executive\\_abilities\\_in\\_young\\_adults\\_with\\_Asperger%27s\\_syndrome](http://www.researchgate.net/publication/258208539_Conceptual_and_Perceptual_Set-shifting_executive_abilities_in_young_adults_with_Asperger%27s_syndrome)

[11] Donnadiou, G et al (2003) : « L'approche systémique, de quoi s'agit-il ? » Afscet  
<http://www.afscet.asso.fr/SystemicApproach.p>

[12] DUVERGER, H et al (2007): "Syndrome d'Asperger et théorie de l'esprit." L'encéphale 33,592-597  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700607920588>

[13] MASAYUKI, Tani et al (2012): "Mental and Behavioral Symptoms of person's with Asperger's Syndrome: Relationships with Social Isolation and Handicaps". Elsevier, 6,907-912 <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1750946711002042>

[14] PLUYMAEKERS, J : « L'approche systémique, son originalité et sa méthode dans le travail psychosocial ». Les Cahiers de l'Actif - N°308/309  
[http://www.actif-online.com/fichiers/articles/art\\_pluymaekers\\_systemie.pdf](http://www.actif-online.com/fichiers/articles/art_pluymaekers_systemie.pdf)

- [15] RAZNAHAN, A ; PUGLIESE, L et al (2009): “Serotonin transporter genotype and neuroanatomy in autism spectrum disorders.” *Psychiatric Genetics* 19,147-150  
[http://www.researchgate.net/profile/Armin\\_Raznahan2/publication/232133182\\_Serotonin\\_transporter\\_genotype\\_and\\_neuroanatomy\\_in\\_autism\\_spectrum\\_disorders/links/00b7d52a24d51b65ab000000.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Armin_Raznahan2/publication/232133182_Serotonin_transporter_genotype_and_neuroanatomy_in_autism_spectrum_disorders/links/00b7d52a24d51b65ab000000.pdf)
- [16] RINEHART, N et al (2006): “An examination of movements kinematics in young people with high-functioning autism and Asperger’s disorder: further evidence for motor planning deficit”. *J Autism Dev Disorder* 36:757-767  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16865551>
- [17] SIAPERAS, P ; HIGGINS, S ; PROIOS, P (2007): “ Challenging behaviours on people with autism: A case study on the effect of a residential training programme based on structured teaching and TEACCH method.” *Psychiatriki* 18,343-  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700607920588>
- [18] TORRALVA, Teresa et al (2012): “Impaired Theory of Mind but Intact Decision-Making in Asperger Syndrome: Implications for the Relationship Between these Cognitive Domains”. Elsevier, **205**,282-284

## **Références internet**

**(Selon l’ordre d’apparition dans le texte)**

- HAS : Autisme et trouble envahissant du développement  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/autisme\\_etat\\_des\\_connaissances\\_argumentaire.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/autisme_etat_des_connaissances_argumentaire.pdf)
- Autisme France : le syndrome d’Asperger  
[http://www.autisme-france.fr/577\\_p\\_25361/le-syndrome-d-asperger.html#syndrome](http://www.autisme-france.fr/577_p_25361/le-syndrome-d-asperger.html#syndrome)
- Autisme.net : étiologie du syndrome d’Asperger  
[http://www.autism.net.au/Autism\\_causes.htm](http://www.autism.net.au/Autism_causes.htm)

- Symptomatologie Syndrome d'Asperger  
[http://www.nellycoroir.fr/psychologue/Documentation\\_files/Symptomatique%20du%20syndrome%20d%27Asperger%20chez%20l%27enfant.pdf](http://www.nellycoroir.fr/psychologue/Documentation_files/Symptomatique%20du%20syndrome%20d%27Asperger%20chez%20l%27enfant.pdf)
- Air handicap : syndrome d'Asperger et comportements violents  
<http://airhandicap.org/M%C3%A9decine-du-handicap/situation-10-prise-de-decision-asperger-et-violence.html>
- Autismes.fr : Les CRA  
[www.autismes.fr/fr/les-cra.html](http://www.autismes.fr/fr/les-cra.html)
- Autisme et actualité : conseils pour vite passer à l'action  
<http://autisme.asperger.free.fr/agir.php>
- AFG : loi du 11 février 2005  
<http://www.afg-web.fr/Guide-de-la-Loi-du-11-fevrier-2005>
- Deuxième plan autisme  
[http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/PLAN\\_AUTISME\\_Derniere\\_version.pdf](http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/PLAN_AUTISME_Derniere_version.pdf)
- Troisième plan autisme  
<http://www.vaincrelautisme.org/sites/default/files/plan-autisme2013.pdf>
- Communiqué sur la 5<sup>ème</sup> condamnation de la France par le Conseil de l'Europe  
[http://www.autisme-france.fr/offres/file\\_inline\\_src/577/577\\_A\\_19172\\_1.pdf](http://www.autisme-france.fr/offres/file_inline_src/577/577_A_19172_1.pdf)
- Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent (2012)  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/recommandations\\_autisme\\_ted\\_enfant\\_adolescent\\_interventions.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/recommandations_autisme_ted_enfant_adolescent_interventions.pdf)
- CNSA : pratiques actuelles pour l'autisme  
[http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/actes\\_journee\\_mdp\\_autisme.pdf](http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/actes_journee_mdp_autisme.pdf)

- Sénat : loi Jules Ferry

<http://www.senat.fr/evenement/archives/D42/1882.html>

- Education national

<http://www.education.gouv.fr/cid207/la-scolarisation-des-eleves-handicapes.html>

- ANFE : l'ergothérapie

<http://anfe.fr>

- ANFE : référentiel d'activités de l'ergothérapeute

<http://vae.asp-public.fr/index.php?id=fr81>

- Les professions réglementées : l'ergothérapie

[http://www.autismontario.com/client/aso/spirale.nsf/object/qa/\\$file/qa+ot+fr.pdf](http://www.autismontario.com/client/aso/spirale.nsf/object/qa/$file/qa+ot+fr.pdf) ;

- La méthode ABA

[http://www.abautisme.org/index.php?option=com\\_content&view=category&id=3&layout=blog&Itemid=3](http://www.abautisme.org/index.php?option=com_content&view=category&id=3&layout=blog&Itemid=3)

- Le programme TEACCH

<http://www.soutien-educatif.fr/quest-ce-que-lautisme/7-teacch.html>

- The national autistic society : TEACCH

<http://www.autism.org.uk/teacch>

- Association Québécoise pour la réadaptation psychosociale : le modèle de l'occupation humaine

<http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/05/partenaire-v13-n1.pdf>

# **ANNEXES**

## ANNEXE I

### Troubles Envahissant du Développement référencés par la Haute Autorité de Santé (2010)

CIM-10	DSM-IV-TR	CFTMEA-R
• Autisme infantile	• Trouble autistique	• Autisme infantile précoce – type Kanner
• Syndrome de Rett	• Syndrome de Rett	• Troubles désintégratifs de l'enfance
• Autre trouble désintégratif de l'enfance	• Trouble désintégratif de l'enfance	
• Syndrome d'Asperger	• Syndrome d'Asperger	• Syndrome d'Asperger
• Autisme atypique	• Trouble envahissant du développement non spécifié (y compris autisme atypique)	• Autres formes de l'autisme
• Autres TED		• Psychose précoce déficitaire. Retard mental avec troubles autistiques ou psychotiques
		• Autres psychoses précoces ou autres TED
		• Dysharmonies psychotiques
• Hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés	-	-

## ANNEXE II : DSM IV TR

### DSM IV TR: Syndrome d'Asperger

*A. Anomalies qualitatives de l'interaction sociale, comme cela se manifeste par au moins deux signes des suivants :*

- nettes anomalies dans l'utilisation des différents comportements non verbaux tels que le contact visuel, l'expression faciale, les postures du corps et les gestes qui servent à réguler l'interaction sociale ;
- incapacité à développer des relations appropriées à l'âge avec les pairs ;
- manque de recherche spontanée du partage des activités ludiques, des intérêts ou de ce que l'on a fait avec les autres (l'enfant ne montre pas, n'apporte pas pour montrer, ne pointe pas un objet qui l'intéresse pour montrer) ;
- manque de réciprocité sociale ou émotionnelle

*B. Comportements, intérêts et activités restreints, comme cela se manifeste par au moins un des signes suivants :*

- préoccupation persistante pour un ou plusieurs centres d'intérêts restreints et stéréotypés, anormale par l'intensité ou le thème ;
- adhésion apparemment inflexible à des routines ou à des rituels non fonctionnels ;
- manières moteurs stéréotypés ou répétitifs (agitation des mains et des doigts ou mouvements complexes du corps) ;
- préoccupations persistantes pour des parties d'objets

*C. Les troubles entraînent des anomalies significatives dans le fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants*

*D. Il n'y a pas de retard significatif dans le développement du langage (mots isolés utilisés à deux ans, phrases fonctionnelles utilisées à trois ans).*

*E. Il n'existe pas de retard significatif dans le développement cognitif ou dans le développement des compétences concernant l'autonomie personnelle, les comportements d'adaptation (autres que ceux qui appartiennent à l'interaction sociale).*

*F. Les signes ne correspondent pas à ceux d'un trouble envahissant du développement ou à ceux de la schizophrénie.*



### ANNEXE III

#### Estimation de la prévalence des troubles envahissants du développement selon le (référentiel HAS 2010)

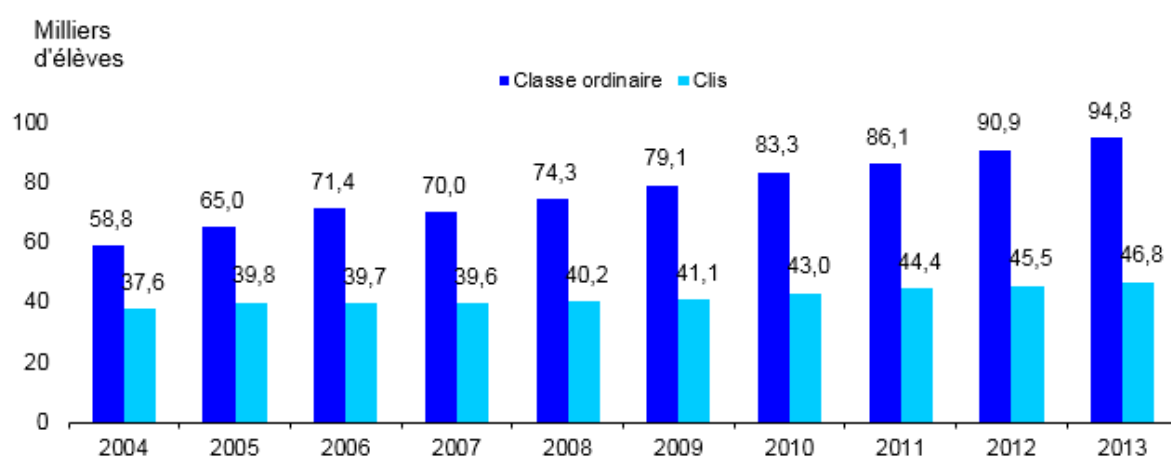
	Fombonne, 1999 (15)	Inserm, 2002 (19)	Fombonne, 2003 (16)	Fombonne, 2005 (17)	Fombonne, 2009 (18)
Nombre d'études incluses dans la revue	23	31	32	40	43
TED	18,7/10 000	27,3/10 000	27,5/10 000	37/10 000	63,7/10 000
Autisme infantile	7,2/10 000	9/10 000	10/10 000	13/10 000	20,8/10 000
Autre trouble désintégratif de l'enfance	-	-	0,2/10 000	0,2/10 000	0,2/10 000
Syndrome d'Asperger	-	3/10 000	2,5/10 000	3/10 000	6/10 000
Autisme atypique Autres TED	11,5/10 000	15,3/10 000	15/10 000	21/10 000	37,1/10 000

## ANNEXE IV

### Chiffres (2013) référencés par l'éducation nationale quant aux conditions d'inclusion des enfants en situation de handicap

#### a) Evolution des modes de scolarisation des élèves handicapés dans le premier degré

(France métropolitaine + DOM hors Mayotte avant 2012, Public + Privé)



**b) Evolution de la scolarisation des enfants et adolescents en situation de handicap dans les établissements de premier et de second degré et dans les établissements spécialisés**

(France métropolitaine + DOM hors Mayotte avant 2012, Public + Pr											
	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 hors Mayotte	2012 y c. Mayotte	2013	Évolution n 2012- 2013 (%)
	(1)										
<b>Premier degré</b>	<b>96 396</b>	<b>111 083</b>	<b>109 682</b>	<b>114 482</b>	<b>120 180</b>	<b>126 294</b>	<b>130 517</b>	<b>135 907</b>	<b>136 421</b>	<b>141 565</b>	<b>3,8</b>
<i>dont FPS (2)</i>	-	89 045	101 507	109 121	115 951	123 213	130 517	135 907	136 421	141 565	
Classe ordinaire	58 812	71 399	70 048	74 251	79 129	83 309	86 089	90 705	90 900	94 782	4,3
Clis	37 584	39 684	39 634	40 231	41 051	42 985	44 428	45 202	45 521	46 783	2,8
% public	91,5	91,5	90,6	90,3	90,3	90,1	90,1	90,0	90,0	90,0	
<b>Second degré</b>	<b>37 442</b>	<b>44 278</b>	<b>52 334</b>	<b>60 191</b>	<b>67 310</b>	<b>75 094</b>	<b>79 878</b>	<b>89 035</b>	<b>89 142</b>	<b>97 595</b>	<b>9,5</b>
<i>dont FPS (2)</i>	-	28 789	42 178	52 056	60 380	70 080	79 878	89 035	89 142	97 595	
Classe ordinaire	31 454	34 928	40 760	45 697	50 125	54 865	56 719	63 244	63 261	68 473	8,2
<i>dont Segpa collège</i>	nd	7 571	9 570	11 956	13 392	15 099	15 788	16 029	16 030	15 582	-2,8
Ulis	5 988	9 350	11 574	14 494	17 185	20 229	23 159	25 791	25 881	29 122	12,5
% public	88,5	87,0	86,6	86,6	86,0	85,6	84,5	84,0	84,1	83,9	
<b>Total en milieu ordinaire</b>	<b>133 838</b>	<b>155 361</b>	<b>162 016</b>	<b>174 673</b>	<b>187 490</b>	<b>201 388</b>	<b>210 395</b>	<b>224 942</b>	<b>225 563</b>	<b>239 160</b>	<b>6,0</b>
Établissements hospitaliers	6 922	6 097	6 640	6 313	6 936	7 192	8 153	8 273	8 273	7 931	-4,1
Établissements médico-socials	70 219	70 854	69 773	69 191	67 909	70 920	71 625	71 600	71 600	71 286	-0,4
<b>Total étab. spécialisés (3)</b>	<b>77 141</b>	<b>76 951</b>	<b>76 413</b>	<b>75 504</b>	<b>74 845</b>	<b>78 112</b>	<b>79 778</b>	<b>79 873</b>	<b>79 873</b>	<b>79 217</b>	<b>-0,8</b>
<i>dont scolarisation partagée</i>	nd	nd	nd	6 209	6 763	6 626	7 132	7 075	7 075	7 524	6,3
<b>Ensemble (4)</b>	<b>210 979</b>	<b>232 312</b>	<b>238 429</b>	<b>250 177</b>	<b>262 335</b>	<b>279 500</b>	<b>289 173</b>	<b>304 815</b>	<b>305 436</b>	<b>318 377</b>	<b>4,2</b>

nd : non disponible.

(1) Environ 1500 élèves dans le premier degré et 600 élèves dans le second degré n'ont pas pu être recensés.

(2) voir « Définitions ».

(3) Hors enfants accueillis et scolarisés pour de courtes périodes.

(4) Hors scolarité partagée à partir de 2008 pour éviter les doubles comptes.

Sources : MENESR DEPP et MENESR DGESCO enquêtes n° 3 et n° 12 relatives aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le premier degré et dans le second degré ; enquête n° 32 concernant la scolarisation dans les établissements hospitaliers et médico-sociaux

**c) Descriptif des accompagnements proposés selon la déficience de l'enfant (2013 – 2014)**

(France métropolitaine + DOM y compris Mayotte, Public + Privé)							
	Accompagnement individuel		Accompagnement mutualisé	Total	Part des élèves accompagnés	Pas d'accompagnement	Total
	Temps plein	Temps partiel					
Troubles intellectuels et cognitifs	2 547	13 304	5 453	21 304	33,8	41 759	63 063
Troubles du psychisme	3 313	12 694	3 408	19 415	65,4	10 251	29 666
Troubles du langage et de la parole	502	6 987	2 812	10 301	61,1	6 548	16 849
Troubles auditifs	91	743	246	1 080	26,7	2 964	4 044
Troubles visuels	188	693	191	1 072	45,2	1 301	2 373
Troubles viscéraux	319	803	276	1 398	62,5	839	2 237
Troubles moteurs	1 525	3 868	1 295	6 688	66,4	3 382	10 070
Plusieurs troubles associés	1 327	4 025	1 229	6 581	64,5	3 624	10 205
Autres troubles	282	1 269	414	1 965	64,3	1 093	3 058
<b>Total</b>	<b>10 094</b>	<b>44 386</b>	<b>15 324</b>	<b>69 804</b>	<b>49,3</b>	<b>71 761</b>	<b>141 565</b>
<b>%</b>	<b>7,1</b>	<b>31,4</b>	<b>10,8</b>	<b>49,3</b>		<b>50,7</b>	<b>100,0</b>
Source : MENESR DEPP et MENESR DGESCO / enquête 3 relative aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le 1er degré							

## ANNEXE V : Matrice théorique

### Modèle systémique de J. Watson (1913)

Critères	Indicateurs	Indices
Famille	Parent	Attentes
		Fantasmes des études
		Implication dans la scolarité
		Implication dans la prise en charge
		Demande
	Fratrie	Rôle et investissement
		Conséquences sur sa vie personnelle
		Conséquences sur la vie scolaire
Personnel scolaire	Instituteur	Adaptation de la pédagogie
		Adaptation de sa posture relationnelle
		Adaptation de l'espace de la classe
		Impact la vie scolaire
		Impact sur la dynamique de groupe
		Formation
	AVS	Nécessité de sa présence
		Niveau d'aide apporté sur la compréhension des exercices
		Niveau d'aide apporté lorsqu'il y a des travaux de groupe
		Formation
	Personnel administratif et de direction	Impact sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement
		Sanctions disciplinaires : enfant victime
		Sanctions disciplinaire : enfant à l'initiative
Camarades	De classe	Implication de l'enfant dans le groupe
		Perception qu'ils ont de l'enfant
		Perception que l'enfant a d'eux
		Identité de l'enfant au sein de la classe
	De jeu	Participation avec les autres
		Perception qu'ils ont de l'enfant
		Perception que l'enfant a d'eux
	D'école	Perceptions qu'ils ont de l'enfant
		Perception que l'enfant a d'eux

Question 1

Professionnels médico-sociaux	Ergothérapeute	Champs d'intervention
		Demande de l'entourage
		Demandes de l'enfant
		Evolution des capacités sociales de l'enfant
		Evaluation de l'ensemble des capacités de l'enfant
		Modalités d'échange avec les autres professionnels
	Médecin Neuropsychologue Psychologue Educateur spécialisé Orthophoniste Psychomotricien (...)	Champs d'intervention
		Demande de l'entourage
		Demandes de l'enfant
		Evolution des capacités sociales de l'enfant
		Evaluation de l'ensemble des capacités de l'enfant
		Modalités d'échange avec les autres professionnels
Environnement	Environnement physique	Aménagement de l'espace de la classe
		Proposition d'aides techniques
		Eléments facilitateurs
		Obstacles
	Environnement social	Professionnels qui accompagnent l'enfant
		Présence de la famille
		Niveau d'implication de l'enseignant

## Théories des apprentissages

Critères	Indicateurs	Indices
Béhaviorisme (Thorndike, 1913)	Conditionnement	Imitation
		Modification du comportement
		Acquisition de nouvelles conduites attendues
	Renforcement	Système de récompense
		Système de punition
	Entraînement	Essais / Erreurs
		Répétitions de l'exercice
Constructivisme (Piaget, 1923)	Action de la personne	Implication de la personne dans l'apprentissage
		Action de la personne sur les objets
	Assimilation	Transposition des connaissances
		Capacités d'action face à des situations connues
	Accommodation	Echec de la capacité d'assimilation
		Modification de comportements connus selon l'environnement
		Capacités d'adaptation
	Equilibration	
		Acquisition de l'expérience
		Possibilité de réaliser de nouvelles tâches
Interactionnisme social (Vygotski, 1934)	Instrument psychologique	Transmission d'informations acquises
		Interactions sociales
		Dissymétrie
	Zone proximale de développement	Personnes ressources pour faciliter l'apprentissage
		Environnement social facilitateur
		Capacité à réaliser la tâche dans un contexte précis
	Conflit socio-cognitif	Disparité de point de vue
		Echanges / Argumentation
		Recherche de solution

## Modèle de l'Occupation Humaine de G. Kielhofner (1975)

Critères	Indicateurs	Indices
Volition	Déterminants personnels	Conscience de ses capacités
		Sentiment d'efficacité
	Valeurs	Sens de l'activité
		Importance de l'activité pour la personne
	Intérêts	Engagement dans l'activité Plaisir à réaliser l'activité
Habituation	Habitudes de vie	Routines mises en place
		Capacité à la flexibilité
	Rôles sociaux	Attentes de la famille
		Attentes de l'enseignant
		Attentes des autres élèves
Rendement	Données objectives	Capacités motrices
		Capacités cognitives
		Habiletés d'interaction et de communication
		Fatigabilité
	Données subjectives	Sensation de réussite ou d'échec
		Valorisation
Conditions environnementales	Environnement physique	Niveau d'anxiété produit par l'activité
		Aménagement de la salle de classe
		Aides techniques proposées
		Eléments environnementaux facilitateurs
	Environnement social	Eléments environnementaux contraignants
		Entourage familial
		Corps enseignant
		Autres élèves
Dimension de l'agir	Participation	Professionnels médico-sociaux
		Implication dans l'activité
		Prises d'initiative
	Rendement	Autonomie
		Activités sociales
		Activités scolaires
	Habiletés	Motrices
		Procédurales : organisation et flexibilité
		Habiletés d'interaction et de communication



## **ANNEXE VI : entretiens**

### **Premier entretien**

#### **Ergothérapeute libérale**

*« Dans le cadre de mon étude, je m'intéresse au syndrome d'Asperger et aux moyens que l'ergothérapeute met en place pour permettre son inclusion à l'école élémentaire, en milieu ordinaire. Si je ne suis pas claire, n'hésitez surtout pas à me reprendre. Alors, avant de commencer, j'ai quelques informations à recueillir.*

*Combien d'enfants Asperger accompagnez-vous actuellement ?*

Il faut que je compte ... euh ... Par rapport à ma semaine, ça fait euh ... quatre, cinq, ça en fait six par semaine

*Et quel est l'âge moyen de ces enfants ?*

Euh l'âge moyen va être euh huit ans

*D'accord. Et euh quel est leur niveau scolaire ?*

Bah ils sont dans leur classe d'âge hein. Ils sont dans le niveau scolaire qui correspond à leur âge.

*D'accord. Et dans quelles conditions ont-ils été diagnostiqués ? Et à quel âge ?*

Euh en fait euh ... ça dépend des cas. Je dirais 50% euh ... ont été orientés facilement et 50% euh ... ont fait plusieurs ... ont fait plusieurs parcours avant de euh ... avant d'avoir le bon diagnostic. Comment dire ... La particularité quand même c'est que moi je travaille à Lyon. Il y a le centre Régional de Ressource Autisme donc euh ... il y a une grosse équipe médicale qui fait un travail énorme au niveau du diagnostic. Il est là depuis longtemps donc les médecins connaissent bien la pathologie. Et ils sont là depuis longtemps donc il y a un historique qui fait que ... en voilà, il y a ça ! Et puis il y a internet. Les parents ils vont regarder des sites sur internet, ils vont consulter des forums, et puis ils vont aller plus vite quoi. Donc les parents qui sont euh ... très internet, ils vont aller plus vite en consultation. Parfois, ça arrive que les enfants soient mal orientés et diagnostiqués comme des psychoses infantiles, c'est difficile après ... la prise en charge est assez complexe. Et ils le prennent très mal.

*Et vous suivez des enfants qui sont ou ont été en institution ?*

Non non.

*D'accord. Ils vont tous à l'école ordinaire ?*

Oui, oui oui.

*Et au niveau de leur scolarité, tout se passe bien ou est-ce qu'ils sont en situation d'échec ?*

Au niveau des résultats scolaires ? Euh non euh ... ça va parce qu'euh ... Parfois il y a des tas de rebondissements au niveau de l'école ... il y a euh ... des dispositifs qui sont mis en place pour eux. Ils ont euh ... un bon niveau d'apprentissage euh ... mais avec des tolérances limitées au niveau des conditions scolaires quoi.

*D'accord. Et quels sont vos objectifs et moyens de prise en charge ?*

Bah, la grosse partie ça va être le travail de l'écriture hein. L'écriture, et puis euh ... euh ... En fait, il y a le côté graphique puis euh ... quand on intervient à l'école, c'est aussi euh ... un étayage de compréhension de la pathologie par rapport aux autres enfants. Je peux aussi intervenir au niveau de l'aspect social et relationnel, mais ça dépend des prises en charge euh ... ça dépend de ce qu'il y a autour d'eux. Il y en a qui travaillent avec des psychologues ABA euh ... d'autres avec des éducateurs euh ... tout dépend euh ... aussi de l'implication des parents hein.

*Et ces enfants, vous les accompagnez sur du long terme ou sur des durées plus courtes ?*

Euh, en général euh ... oui, c'est quand même du long terme hein. C'est du long terme, après euh ... ça dépend aussi des périodes euh ... et ça dépend de la demande. Euh ... en général euh ... c'est euh...tout le primaire euh donc 5 ans. Et après euh ... au collège euh ça se module un peu. C'est que pendant les vacances scolaires euh ... pour travailler des choses et d'autres euh ... et puis après c'est à la demande. Euh les enfants ils sont euh ... suivis depuis euh ... depuis la petite session de maternelle hein. Au moment de l'école primaire euh ... j'interviens euh ... j'interviens une fois par semaine et euh ... au collège j'interviens moins souvent.

*D'accord. Et pour accompagner ce public, vous avez eu des formations complémentaires ?*

Oui. Oui j'ai fait des formations.

*Vous avez fait lesquelles ?*

Alors euh ... j'ai fait euh tout ce qui ... tout ce qui est techniques sensorielles, et puis après euh tout ce qui est aussi euh au niveau des pressions profondes.

*D'accord. Maintenant je vais vous interroger plus spécifiquement par rapport à l'accompagnement de ces enfants. Alors, dans le cadre de cette prise en charge, est-ce que vous interagissez avec d'autres acteurs et si oui, avec qui ?*

Euh, par rapport à l'enfant, ça dépend avec qui lui il travaille euh ... psychologue, orthophoniste, psychomotricien euh médecin, les enseignants, les éducateurs euh ... les parents ... oui forcément les parents mais ... euh ... qui peut-il y avoir ? Euh voilà ... Ah oui les AVS aussi ...

*Et plus spécifiquement dans le cadre de l'inclusion scolaire ?*

J'interviens surtout auprès des enseignants et des AVS. Après avec les enseignants, tout dépend de la situation. On met en place des temps d'échanges euh ... soit par exemple sur une séance, si j'ai un temps qui coïncide avec la récréation et que j'ai du temps pour échanger avec eux, euh ... soit je les rappelle euh ... soit on communique par internet.

*D'accord.*

Et avec eux, on peut mettre en place des pictogrammes euh ... un cadre euh ... ça peut être euh ... un aspect de gratification euh ... ça dépend vraiment des enfants en fait. Et ça arrive aussi que j'intervienne dans la classe pour euh ... pour présenter la pathologie euh ... aux autres enfants. Je le fais à euh ... à chaque rentrée. Et ils sont vraiment très très intéressés. Ils posent pleins de questions. C'est euh ... un élément qui favorise l'intégration de l'enfant dans la classe. C'est une prise de contact et euh ... on apporte des éléments explicatifs aux autres enfants et euh ... c'est déjà un élément supplémentaire.

*D'accord.*

Par contre c'est à double tranchant. Euh ... quand on a un corps enseignant qui est assez ouvert, on arrive à avoir des éléments d'échanges euh ... et à ce moment-là euh ... ça va dans le bon sens et on avance bien. Euh ... par contre, euh ... quand le corps enseignant n'est pas ouvert pour intégrer un jeune euh ... il n'y aura jamais ça. Il faut qu'il participe pleinement euh ... à la prise en charge.

Après ça dépend aussi des parents, et pas toujours que des parents mais euh ... aussi les proches. Quand ils s'impliquent dans la prise en charge euh ... ça fait avancer les choses. On met des stratégies en place quand ils sont présents mais euh ... la plupart des parents sont investis hein.

*D'accord ... Donc là, je voulais vous demander, en ce qui concerne les apprentissages, quels moyens est-ce que vous utilisez avec l'enfant ? Dans le cadre scolaire plus spécifiquement.*

Ah ... C'est abstrait comme question !

***Est-ce que vous êtes plutôt directif ou est-ce que vous le laissez prendre des initiatives ? »***

Ca dépend tout à fait de l'enfant. Pour moi euh ... en fait euh ... Pour moi je suis ergothérapeute et là c'est le rôle même de l'ergothérapie. Euh ... je vais vraiment m'adapter aux besoins de euh ... de l'enfant ... en fonction de comment notre relation va évoluer ... en fonction de comment il est réceptif à ce que je vais lui proposer euh ... Ca va totalement dépendre de l'enfant. L'objectif c'est que euh ... enfin l'objectif c'est que l'enfant s'épanouisse et euh ... qu'il ait un rapport aux apprentissages dans le cadre de l'école qui euh ... qui ne soit pas horrible, qu'il soit apaisé dans l'école et qu'il soit euh ... apte à recevoir un apprentissage. Ça c'est les objectifs. Par rapport aux autres élèves euh ... c'est qu'il soit bien par rapport aux élèves euh ... qui sont autour de lui. Qu'il soit dans une bonne dynamique par rapport aux apprentissages. Qu'il soit interactif avec les autres et qu'il se mêle au groupe social ... Mais euh ... en terme de moyens, je n'ai pas de moyens relationnels spécifiques. Les objectifs principaux ça va être ça ... Ça va être que l'enfant entre dans son rôle scolaire euh ... qu'il soit bien dans sa ... dans sa peau et qu'il ait tout ce qu'il faut ... En terme de moyens ça va être vraiment variable. Après euh ... les enfants Asperger ... euh ils ont la particularité de pas être euh ... dans la demande. Ils ne se rendent pas trop compte de leurs difficultés ... donc ils ne sont pas trop dans la demande ... Ils ont euh ... conscience de leur différence mais euh ... pas de leurs difficultés. Ils voient euh ... qu'ils n'arrivent pas forcément euh ... à communiquer avec euh ... avec les autres enfants.

***Et en ce qui concerne les relations sociales, comment vous allez travailler avec l'enfant ?***

***Comment vous allez travailler avec lui sur la gestion de ces situations difficiles ?***

Du coup euh ... soit on va travailler autour de situations qu'ils rapportent euh ... et alors là euh ... ça me demande euh ... d'avoir des éclairages des autres euh ... pour vraiment comprendre la situation ... euh ou soit c'est un ... une personne autour de l'enfant euh ... qui rapporte la situation... les parents, les enfants, l'enseignant, l'AVS euh ... voilà. Ou soit moi je vois des situations. Quand j'arrive par exemple dans euh ... dans l'école. Ça arrive euh ... ça arrive aussi que je travaille avec lui sur les comportements qu'il faut euh ... tenir.

***Et au niveau des méthodes, vous vous appuyeriez plus sur une approche ABBA ou TEACCH ?***

Après quand ils sont en grosse difficulté, je fais de l'ergothérapie donc c'est euh ... c'est vraiment au cas par cas ... Parce qu'aussi je travaille en libéral, c'est ça aussi ... Je ne peux pas savoir ce qui conviendra au préalable. Je ne travaille pas dans une institution. Je travaille euh ... en libéral euh ... avec des parents qui payent, donc ils choisissent aussi le type d'euh ... d'approche. Donc c'est ça aussi qui joue. C'est-à-dire que c'est les gens qui

choisissent leur thérapeute. Il y a aussi le fait qu'euh ... Moi si j'étais ergothérapeute dans un IME qui accompagne ce public, je suivrai plus TEACCH. Si j'étais à un endroit qui applique une méthode, j'appliquerai. Je serais obligée. Donc voilà euh ... je pense que le fait aussi de ne pas appliquer une méthode vient et du fait que je travaille en libéral, et donc que je choisis euh ... mes thérapies en dehors de tout cadre institutionnel. Et aussi du fait que les parents, ils choisissent des libéraux pour ne pas avoir à ... à comment dire ... à ne pas avoir une méthode imposée. Les gens euh font la démarche de venir, de venir en libéral, ça vient peut-être aussi du fait qu'ils ne veulent pas de TEACCH ou qu'ils ne veulent pas d'ABA, ou encore qu'ils veulent un compromis. Il y a des parents qui ne veulent pas de TEACCH par exemple. Ils veulent un accompagnement par rapport à une relation thérapeutique qui s'adapte à l'enfant, et euh ... qu'on puisse euh ... trouver un juste milieu si nécessaire.

*Et est-ce que ça vous arrive de mettre en place des séances de groupe avec les enfants Asperger pour qu'ils puissent échanger, interagir entre eux ?*

Bah en libéral c'est ... impo ... on pourrait faire des séances de groupe, mais ça serait compliqué de constituer un groupe thérapeutique. Il faudrait que le groupe euh ... apporte pour chacun, et donc c'est hyper compliqué. Dans les CMP ... déjà ils n'y arrivent pas dans les CMP alors qu'ils ont euh, ... ils ont une grosse population ... Ils ont euh ... je en sais pas, 20 enfants dans cette population hein. Leurs groupes, ils sont constitués de 4 enfants et pour eux, c'est déjà compliqué. Il faudrait vraiment que le groupe soit thérapeutique et qu'ils arrivent à mettre des gens ensemble en même temps. Mais est-ce que le groupe euh ... en ergothérapie euh ... pourrait apporter encore autre chose. Il faudrait que les enfants soient compatibles pour le groupe et euh ... c'est très compliqué en fait. Et il faudrait que le groupe puisse avoir un bénéfice, autant les uns que pour les autres, et c'est vraiment très compliqué. Moi qui suis un libéral, j'ai déjà été en groupe, et quand on a un groupe, à un moment ou à un autre, ce n'est plus possible à cause des différences. Les enfants n'en retirent plus rien. Avoir un groupe, ça implique qu'il doit être thérapeutique pour chacun, et c'est très compliqué avec les Asperger.

*D'accord. Donc là je vais passer à l'avant-dernière question. Quels moyens utilisez-vous pour encourager l'enfant à participer aux activités que vous lui proposez et à se joindre à un groupe social, au sein de l'école notamment ?*

Ca dépend ce que ça veut dire se mêler aux autres. Euh ... si c'est d'être avec les autres, l'enfant Asperger n'est pas réfractaire. Ils sont avec les autres dans la cours donc euh ... ils

peuvent se mêler aux autres, mais ils ne sont pas en interaction. Ils ne sont pas dans des jeux euh ... euh ... partagés.

Et euh ... pour qu'il interagisse avec les autres euh ... quand euh ... quand l'enfant est dans un groupe, on peut faire, on peut créer une dynamique de groupe euh ... voilà, avec plusieurs enfants. Après tous ... tous euh ... tous les jeunes et tous les enfants que j'ai accompagné, ils sont ... ils ont la particularité que par moment, ils fonctionnent différemment et euh ... ils ne peuvent jamais rentrer à 100% dans le groupe. Même les enfants avec un fort potentiel hein. Donc techniquement, je crée des situations pour que euh ... pour que euh ... pour qu'ils puissent, pour les forcer à s'intégrer. Après je ne pense pas que euh ... qu'ils y prennent du plaisir. Parce que euh ... ça ne euh ... ça ne correspond pas aux Asperger. Ils ne sont pas le même code d'émotions et de relation. Ils n'ont pas le même code de relation que nous. Et un enfant qui n'a pas le même code de relation euh ... ça va être compliqué pour lui et pour nous. Il peut être dans un groupe, et prendre du plaisir à être dans le groupe, mais sans euh ... sans nécessairement prendre une même forme de plaisir que nous. Après euh ... pour qu'ils entrent en contact avec les autres euh ... je n'ai pas trop de difficultés parce que j'interviens toujours à l'école donc euh ... j'ai déjà l'environnement autour de moi.

Et aussi euh ... pour le motiver à faire des activités euh ... sur une échelle de 1 à 10 on peut dire que j'ai tous les cas hein. J'en ai qui ne vont pas du tout être motivés, et d'autres qui seront très motivés. Et ceux qui sont motivés sont forcément en meilleure situation de réussite. Un enfant motivé, il apprendra toujours plus facilement, qu'il soit Asperger ou non. Un enfant motivé, il apprend mieux. C'est comme les étudiants hein. Et en général, pour les motiver, euh ... soit euh ... ça dépend du niveau euh d'élaboration sociale aussi. Soit on est dans un système vraiment euh ... de totale dénégation donc euh ... voilà. Soit l'enfant a un peu compris, pour les plus grands ... Au collège, si tu veux ils sont motivés euh ... parce qu'ils voient que euh ... que les activités euh ... c'est dans leur rôle de collégien par exemple. Donc on est directement euh ... directement sur l'ordinateur, sur des choses plus concrètes. Sinon en primaire, on passe plus euh ... par la simplification des choses. Après euh, on peut utiliser le jeu mais euh ... chacun y sera réceptif à sa façon ...

*D'accord ... Donc, pour finir, selon vous, quels sont les facteurs essentiels dont vous tenez compte pour la réussite de la scolarité de ces enfants ?*

Je pense euh ... que c'est ... c'est d'impliquer euh ... les parents : qu'il y ait des ressources intellectuelles, financières et de temps. Pour les enfants c'est plus facile. Et puis après euh ... une équipe scolaire qui soit ouverte et flexible.

## Deuxième entretien

### Ergothérapeute exerçant dans un Centre Ressource Autisme

*« Dans le cadre de mon étude, je m'intéresse au syndrome d'Asperger et aux moyens que l'ergothérapeute met en place pour permettre son inclusion à l'école élémentaire, en milieu ordinaire. Si je ne suis pas claire, n'hésitez surtout pas à me reprendre. Alors, avant de commencer, j'ai quelques informations à recueillir.*

*Combien d'enfants Asperger avez-vous accompagné ?*

Alors euh ... euh ... un petit paquet ! Peut-être une euh ... Pfiou ! On va dire une trentaine.

*Une trentaine ? D'accord. Et leur niveau scolaire, c'était quoi globalement ?*

Alors leur niveau scolaire ça allait du ... du niveau ULIS ... du niveau ULIS à ... à ... au niveau de l'université.

*D'accord. Et vous avez eu beaucoup d'enfants qui étaient euh scolarisés dans le milieu ordinaire, en primaire ?*

Euh oui ... J'en ai eu alors euh beaucoup non, j'en ai eu 3 ... 4 ... 5 5 !

*Cinq. D'accord ! Et au niveau des conditions de diagnostic ? Est-ce qu'ils ont été vite orientés sur la pathologie Asperger ou est-ce que ça a été un peu plus compliqué ?*

Non non non ... il n'y a pas eu ... enfin ces enfants-là ... ces enfants-là ... je réfléchis ... Alors euh ... il y en a 1 qui a été diagnostiqué à 14 ans et alors lui, il avait eu un premier diagnostic de schizophrénie, mais sinon les autres non. Ce sont euh ... des diagnostics précoces.

*D'accord, et cet enfant qui a été diagnostiqué tard faisait partie des cinq en classe ordinaire ?*

Non, non non.

*D'accord. Et vers quel âge ils ont été diagnostiqués ?*

Euh à quel âge ils ont été diagnostiqués ? Euh ... vers 4 ans ... 5 ans ... 4 ans ça fait peut-être un peu jeune, donc à partir de 5 ans je pense.

*D'accord. Et ces enfants, ont-ils ont été institutionnalisés ?*

Oui, il y en a eu d'institutionnalisés, oui. Ils ont été pris en soin en hôpital de jour. Pour euh, ... pour des raisons ... des raisons de prise en charge en thérapie. Donc ils étaient pris en soin en hôpital de jour pour des raisons de thérapie pour ... pour les préparer à ... à une vie scolaire.

*D'accord. Et quels vont être les objectifs et les moyens de votre prise en charge ?*



Les objectifs et moyens ... Alors objectifs ça ... ça va être de faciliter tout ce qui est apprentissage. Ça, ça va être l'un des objectifs. Et faciliter l'accès à une vie sociale. Ça, ça va être nos deux grands objectifs. Et en termes de moyen euh ... c'est toujours une structuration de l'environnement, de l'environnement spatial euh ... et puis euh ... la prise en charge en habiletés sociales.

*D'accord. Et est-ce que vous avez eu une formation complémentaire pour accompagner ce public ?*

Euh ... diplôme universitaire.

*D'accord. Alors, dans le cadre de votre accompagnement, avec quels autres acteurs est-ce que vous interagissez ?*

Alors, vous êtes prête ?

*Oui !*

Alors il y a : psychiatre et pédopsychiatre, euh généraliste, docteur ORL, neurologue, pédiatre, neuropsychiatre. D'accord ? Ensuite ... psychomotricien, orthophoniste, psychologue, neuropsychologue, infirmière, infirmière puéricultrice, assistance sociale, éducateur spécialisé, AMP, et puis, et puis et puis ... et puis un vidéaste.

*Un vidéaste ?*

Un vidéaste pour la vidéo ! C'est vrai qu'on ne s'y attend pas, mais on en a un qui travaille à temps plein ici ! Voilà. Ah oui, et les enseignants aussi !

*Et dans le cadre de l'inclusion scolaire, quels sont les professionnels avec qui vous travaillez plus spécifiquement ?*

Euh ... les enseignants ... les enseignants.

*Et comment impliquez-vous les enseignants dans la prise en charge ?*

Euh ... comment est-ce que je les implique ... Euh ... euh ... Bah en fait, certains font partie de l'équipe donc c'est un peu différent. Euh ... ceux que j'ai vu en extérieur, c'était plus par le biais d'observations euh ... d'observations et de transmissions d'informations. Ceux que je peux voir en extérieur en fait, c'est plus une observation qui euh ... une transmission d'information, je que fais avec l'accord de la famille.

*D'accord*

Et des choses qui se mettent en place ou qui sont des conseils que je leur donne et qu'ils essayent de mettre en place. On prend des temps pour échanger ... Et on va mettre des choses en place plus au niveau de la structuration euh ... de l'espace et du temps ... Sur des principes TEACCH. Euh ... adapter en tout cas leurs particularités sensorielles, et aussi

mettre en place des soutiens. Savoir s'ils ont plus besoin d'être isolés ou euh ... s'ils ont besoin d'être dans la classe. Dans ces cas-là on va proposer une place un peu plus au fond, ou plus dans des coins etc., Ou s'ils ont des particularités sensorielles, on va essayer d'aménager des espaces éventuellement TEACCH. Donc il y a ça ... Puis la mise en place de l'outil informatique aussi.

*D'accord. Et est-ce que les parents de l'enfant sont impliqués dans vos interventions à l'école ?*

Les parents sont impliqués puisque ce sont eux qui donnent l'accord. Les parents font partie intégrante de notre prise en charge alors euh ... du coup euh ... tout ce qu'on fait, c'est avec ... c'est avec leur accord. Et tout ce qu'on propose, c'est avec leur accord. Donc au final ... donc du coup ils nous font confiance mais euh ... dès que je mets quelque chose en place, il faut que je les prévienne.

*D'accord ... Donc maintenant je vais partir plus sur le versant relationnel et celui de la motivation. Donc là, je voulais vous demander, en ce qui concerne les apprentissages, quels moyens est-ce que vous utilisez avec l'enfant ? Dans le cadre scolaire plus spécifiquement. Quel comportement est-ce que vous allez adopter vis-à-vis d'eux ?*

Alors euh, je ne comprends pas l'objectif de la question ... Est-ce que c'est pour savoir si j'ai une approche plus comportementaliste ou neuro-développementale ?

*Oui, c'est ça ...*

Alors euh ... j'ai plus une orientation neuro-développementale. A savoir que si euh ... que si je suis en thérapie ... euh ... quand je vois ces enfants, c'est eux qui prennent euh possession de mes outils, et moi j'essaye de m'insérer dans leur, dans leur jeu, dans leur activité. Comme on sur un modèle neuro-développemental, on va être dans l'idée de solliciter la communication et solliciter l'interaction du jeu. Ils vont choisir l'activité et je vais me greffer dessus.

*D'accord.*

Ça c'est dans un cadre de ... de prise en charge. Après, dans un cadre d'évaluation, il faut que je les investisse dans mon bilan et dans ces cas-là, j'évite d'être trop comportemental sauf si c'est euh ... de la rééducation. Mais euh ... mais en tout cas je ... je fais tout pour faciliter l'accès à la communication avec eux. Est-ce que c'est clair ?

*Ah oui, tout à fait clair.*

Oui parce que voilà, sur les approches de soin, si vous les déclinez il y en a 3, un y en a une neuro-développementale, une comportementale et développementale. En portant appui

sur les ABA, portant appui sur d'autres outils ... Et, si l'enfant a été suivi sur ABA, c'est vrai que je fais favoriser une ... une continuité dans son éducation quoi ... Ce qui est moins le cas ici quand-même... C'est plus pour inhiber les comportements que pour travailler sur les aspects sociaux ...

*D'accord. Et lorsque l'enfant est en difficulté, est-ce que vous allez plus l'accompagner ou le laisser rechercher la solution ?*

S'il est en difficulté ? Euh ... j'accompagne ... Oui, j'accompagne. En fait ... en fait on va garder la même consigne, par contre on va la séquencer différemment. On va agir au niveau du séquençage. Je ... je vais bien entendu lui accorder parce qu'il y a ... si on veut laisser le temps de mettre en place des mécanismes d'attention, de concentration et l'exécution. Mais euh ... sinon je change. Euh ... si je vois que ça ne colle pas, si je vois qu'il n'a pas percuté ma ... ma consigne, dans ces cas-là je vais euh ... je vais la séquencer. Oui, je change la séquence. Je vais la réorganiser pour qu'il puisse agir de façon autonome, faire seul.

*D'accord.*

Après, dans l'autisme, il y a autant de façon de faire qu'il y a d'autiste. Donc ce qui est important, c'est de mettre un place qui soit adapté à l'autisme, adapté à l'Asperger, et ce cadre-là, on est capable d'amener des petits détails adaptés à la personne, à sa pathologie et adaptés à son expression de l'autisme. Il y aussi les recommandations et le plan autisme qui définissent nos objectifs, et ils s'étendent de l'autisme au syndrome d'Asperger. Les recommandations euh ... les recommandations sont faites pour euh ... pour euh ... cadrer la pratique. Donc du coup dans les recommandations qu'est-ce qu'on trouve ? On va dire ... on va dire quelles approches sont recommandées et euh ... on va dire pourquoi elles sont recommandées. Elles sont justifiées euh ... elles ont été évaluées, étalonnées et reconnues comme ... comme pratiques indispensables. Euh ... l'ABA, elles l'avaient recommandé, les théories d'échange et de développement euh ... sont recommandées à un niveau un peu moindre ... Le packing n'est pas recommandé parce qu'on n'a pas prouvé scientifiquement son efficacité. Après, les recommandations ne sont pas faites pour donner des ... pour donner des euh ... des pratiques ... Elles ne disent pas comment il faut faire, comment il faut euh réagir dans telle ou telle situation. Il y a autant de façons de faire qu'il y a d'autistes. Vous avez compris ?

*Oui, oui. En fait, il y a les recommandations pour guider notre pratique, et les ergothérapeutes doivent ensuite proposer une approche qui est globale et individualisés aux besoins de la personne ?*

Oui, c'est tout à fait ça. Mais on agit aussi dans le cadre des recommandations... Faut pas l'oublier parce qu'il détermine nos objectifs. Ils disent quelles évaluations utiliser, euh quels sont les professionnels les plus habilités à faire ci ou ça ... etcetera etcetera !

*D'accord. Je vais changer un peu de sujet. Est-ce que vous mettez en place des séances de groupe ou est-ce que vous travaillez en individuel ?*

Alors euh ... on va mettre en place des séances de groupe, on va bientôt le faire. On va s'inscrire dans des programmes de remédiation cognitive. Il y aura également des ... des ... des groupes, des séances de groupe. Et surtout euh ... dans objectif de travailler les habiletés sociales.

*D'accord. Parfait. Alors là je vais passer à ma dernière partie. Sur le plan motivationnel, comment est-ce que vous allez motiver l'enfant à se joindre à un groupe social et à travailler sur les activités que vous lui proposez ? Et est-ce que méthodes que vous utilisez, sont efficaces ?*

Bonne question ... J'aurais tendance à vous dire que si le jeune n'a pas envie d'entrer en relation avec d'autres personnes, ou au sein d'un groupe, on va éviter le groupe. On va éviter de le mettre en échec d'emblée. Du coup, on va mieux structurer l'environnement pour qu'il soit un peu plus isolé, un peu plus contenu, ou un peu plus dans son coin. Euh ... si ...si on voit aussi que l'enfant a des impotences à la relation au groupe, et qu'il a du mal à rentrer dans ce groupe, dans ces cas-là c'est euh ... on l'accompagne et euh ... et on reste avec lui. Et successivement on fait intervenir un professionnel dans les habiletés sociales et etcetera etcetera ... Dans tous les cas on évitera forcément des groupes trop importants quoi.

*D'accord. Et au sein de sa classe ?*

Dans une classe euh ... dans une classe, on ...on va jouer autrement euh ... à savoir qu'on va mettre ... L'enfant Asperger aura des rituels, et on va proposer des rituels à ce jeune. A savoir que s'il a du mal à rentrer dans la classe, à arriver avec les autres, dans ces cas-là on décale son arrivée. Soit avant, soit après. Vous comprenez ?

*Oui oui.*

Ensuite euh ... on va regarder que l'enfant arrive toujours par la même porte. Qu'il ait toujours le même casier, qu'il ait toujours la même place, etcetera etcetera ... En fait, on va ritualiser un peu son arrivée. Donc la fonction ... on va essayer de créer un rituel, et cette fonction rituelle a cette notion d'apaisement. Elle va apaiser un peu l'enfant lorsqu'il est confronté à ces difficultés. Et euh ... et le résultat va être variable ... On travaille sur des

longs moments, on agit sur des périodes assez longues. Et puis, ça dépend aussi de la maturation cognitive de l'enfant. Ça dépend de ... de ... de l'accompagnement. Enfin, sans l'accompagnement, de toute façon, l'enfant ne pourra pas rentrer dans un groupe. Sans accompagnement, l'enfant ne rentrera pas dans un groupe, après euh ... après euh ... bien entendu que c'est efficace euh ... de l'accompagner, pour y aller progressivement sur des temps de petits groupes euh ... bien entendu que ça sera efficace, ça c'est sûr. Vous avez compris ?

*D'accord. Je pense avoir fini avec ma partie théorie. La dernière question est plus globale ... Pour vous, quels sont les facteurs essentiels pour la réussite d'une scolarisation ?*

Les facteurs essentiels, c'est la structuration ... Enfin non, en premier temps c'est une évaluation de l'enfant, une évaluation fonctionnelle et globale de l'enfant, ça c'est essentiel. Euh ... ce qui est essentiel également c'est euh ... euh ... comment on appelle ça ? Mince, c'est essentiel pourtant ! C'est le ... l'échange d'informations entre les parents, avec la famille, entre l'enseignant et les professionnels. Parce qu'il y a un vrai partage d'informations. Il faut une vraie transmission, c'est une notion qui est primordiale. Euh, quelque chose de primordial également ... C'est aussi euh ... la structuration ... tout ce qui est structuration. Structurer l'espace, structurer le temps. Et puis bah ... la motivation !

*D'accord, merci beaucoup !*

Bah je vous en prie ! Bon courage !

## **Résumé**

Depuis le 11 février 2005, la scolarisation des enfants en situation de handicap est priorisée vers l'école ordinaire. L'enfant Asperger, de par ses difficultés d'ordre sociales et sensorielles en particulier, éprouve des difficultés à s'intégrer dans ce milieu. Il est alors possible de faire appel à un ergothérapeute pour qu'il accompagne l'enfant dans cette démarche. Le but de mon étude est de déterminer quels moyens ce professionnel met en place pour permettre l'inclusion scolaire de cet enfant, et de démontrer l'intérêt de son intervention. J'ai alors pu mettre en évidence l'importance de la prise en compte du caractère individuel de chaque enfant, de la collaboration entre le corps enseignant et de la famille, et de l'aménagement de l'environnement pour créer un contexte favorable.

## **Mots clefs**

Ergothérapie ; Syndrome d'Asperger ; Inclusion scolaire ; Ecole primaire ordinaire



## **Summary**

Since February 11th, 2005 integrating disabled children into ordinary schools has become a priority. Because of their difficulties with social interaction and nonverbal communication, children suffering from Asperger Syndrome experience issues to fitting into ordinary school environment. Consequently an occupational therapist may be entailed to assist those children in the schooling process. My work aims at determining the means set up by the occupational therapist to ensure the disabled child's scholastic integration and at demonstrating the relevance of the medical professional's intervention. Thus the consideration of each child's individuality has been highlighted throughout my research, as well as the collaboration between the child's family and the teaching professionals. Finally environmental adjustments need to be made to achieve ideal integration conditions.

## **Keywords**

Occupational Therapy; Asperger Syndrome; Inclusive education; Ordinary primary school